



Student Medical Record

건강기록부

Please fill out the medical form in English. 영어로 기입해 주십시오.

Student Name 학생 이름	Grade 학년	Sex 성별 <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth 생년월일 (월/일/년)
Address in China 중국내 주소			
Nationality 국적	Birth Place 출생지	Blood Type 혈액형 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O RH Factor <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> ENG	Height 신장 Weight 체중

Personal History 개인 병력

Please check if the student has received medical treatment for any of the following conditions: 다음 질병에 대한 치료를 받은 적이 있다면 표시해 주십시오:		
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD 집중 장애 <input type="checkbox"/> Asthma 천식 <input type="checkbox"/> Back Problems 허리병 <input type="checkbox"/> Cancer 암 <input type="checkbox"/> Chest Pain 가슴 통증 <input type="checkbox"/> Chicken Pox 수두 <input type="checkbox"/> Hepatitis 간염 <input type="checkbox"/> Dyslexia 실독증-독서장애	<input type="checkbox"/> Epilepsy/Seizures 간질/뇌졸중 <input type="checkbox"/> Frequent Otitis Media 중이염 <input type="checkbox"/> Fractures Vertebra 골절 <input type="checkbox"/> Frequent Colds 잦은 감기 <input type="checkbox"/> Frequent Headaches 잦은 두통 <input type="checkbox"/> Hearing Problems 청각 장애 <input type="checkbox"/> Tuberculosis 결핵 <input type="checkbox"/> Mononucleosis 단핵(세포증가)증	<input type="checkbox"/> Pneumonia 폐렴 <input type="checkbox"/> Rash/Skin Trouble 피부병 <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever 류마치스 <input type="checkbox"/> Scarlet Fever 성홍열 <input type="checkbox"/> Shortness of Breath 호흡곤란 <input type="checkbox"/> Vision Problems 시각 장애 <input type="checkbox"/> Birth Defects 출생 기형 <input type="checkbox"/> Mental Illness 정신 장애
Is the student currently taking medication regularly? 이 학생은 현재 정기적으로 약을 복용하고 있습니까? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If so, what medication and for what purpose? 복용하고 있다면 어떤 약을 무슨 용도로 복용하고 있습니까?		
Has the student undergone surgery? 학생이 수술을 받은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> NO If so, please explain 있다면 설명해 주십시오:		
Has anyone in the student's family suffered from any of the following conditions? If so please check: 학생의 가족 중에 다음과 같은 질병을 앓은 경험이 있습니까? 있다면 표시해 주십시오. <input type="checkbox"/> Diabetes 당뇨 <input type="checkbox"/> Heart Disease 심장병 <input type="checkbox"/> Mental Illness 정신 질환 <input type="checkbox"/> High Blood Pressure 고혈압 <input type="checkbox"/> Cancer 암 <input type="checkbox"/> Epilepsy/Seizures 간질/뇌졸중 Any other medical conditions? 그밖에 다른 질병이 있습니까?		
Does the student suffer from allergies? 알러지 증세가 있습니까? Drug(s) 약 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Environmental factors 환경적 요인 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Food(s) 음식 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Other(Please specify) 기타(상세히 기재해 주십시오)		
With whom does the student reside? 학생은 누구와 함께 거주하고 있습니까? <input type="checkbox"/> Both Parents 부모 <input type="checkbox"/> Father 아버지 <input type="checkbox"/> Mother 어머니 <input type="checkbox"/> Guardian 후견인		
Does the student have any medical condition which would prevent him/her from participating fully in physical education classes? 학생이 체육 수업을 일부 하지 못할만한 건강상의 문제가 있습니까? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If so, please explain 있다면 기술해 주십시오:		



Please be aware that LAS is not enrolling new students with any serious food allergies.

리빙스턴 미국학교는 심각한 음식 알러지가 있는 학생은 받지 않습니다.

Vaccination Record 백신 접종 이력

1. Please check if your child has received the following immunizations. 예방 접종한 내역을 아래에 표시해 주십시오.

2. Please attach a copy of the following immunizations including dates of administration.

아래 백신의 예방 접종 날짜가 있는 백신 접종 증명서를 첨부해 주십시오.

<input type="checkbox"/> Diphtheria/Pertussis/Tetanus 디프테리아/백일해/파상풍	<input type="checkbox"/> Measles/Mumps/Rubella 홍역/유행성 이하선염/풍진	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Oral/Inject) 소아마비(경구/주사)
<input type="checkbox"/> Hepatitis A or Gamma – Globulin A 형 간염 또는 감마 글로부린	<input type="checkbox"/> Hepatitis B B 형 간염	<input type="checkbox"/> Tuberculosis 결핵
<input type="checkbox"/> Typhoid 장티푸스	<input type="checkbox"/> Others 기타	

Date of last medical exam 최종 건강 검진일(월/일/년)	Date of last vision exam 최종 시력 검사일(월/일/년)
Date of last dental exam 최종 구강 검사일(월/일/년)	

Person(s) to notify in an emergency if parents cannot be reached. 비상시 학부모와 연결되지 않을 때 연락처

Name of Neighbor/Friend 이웃이나 친구의 이름	Phone Number 전화 번호
Family Doctor/Clinic Name 흉터	Phone Number 전화 번호

* If you are out of town for any reason please notify your child's teacher regarding the duration of your absence and the name and telephone number of a person to contact in case of an emergency involving your child.

만일 부모님이 어떤 사유로 상하이를 떠나 있을 경우에는 반드시 학생의 담임 교사에게 부재 기간 및 비상시 연락할 분의 이름과 전화번호를 통보해 주시기 바랍니다.

Medicine at School 학교에서 약 복용

If you wish to have medicine administered to your child by the school nurse you must provide the nurse in writing 만일 학교 간호사에게 귀하의 자녀들의 약 복용을 의뢰할 시에는 다음 사항을 영어로 적어서 통보해 주셔야 합니다.

1. The name of the medicine 약의 이름 _____
2. The purpose of the medicine 약의 용도 _____
3. The dosage and frequency of administration 복용량 및 횟수 _____

Students are not permitted to have drugs or medications on their person. All such administrations must take place in the nurse's office under her/his supervision. 학생들은 혼자 약을 복용하는 것이 허락되지 않으며, 반드시 약호실에서 간호사의 입회하에 복용해야 합니다.



Insurance Information 보험 정보

All students must have their own medical insurance. Medical insurance details are required at the time of admission and must be kept up to date for the duration of a student's enrollment at SLAS. 모든 학생들은 의료 보험에 가입해야 합니다. 입학시에 의료 보험에 관련된 정보를 제출해야 하며, SLAS 재학중에 바뀐 내용은 학교에 통보해야 합니다.

Medical Provider Name 의료보험사	Insurance Policy Number 의료보험 번호
If emergency/accident arises, please specify preferred hospital(s) 비상사태나 사건 발생시, 원하는 호송 병원(들)을 기입하세요. Choice 1 1 순위 _____ Choice 2 2 순위 _____	

In case of a severe injury or medical emergency at school requiring transfer to a medical facility, Shanghai Chang Ning Medical Center, No. 1111 Xian Xia Rd, Tel: (8621) 62909911 – 1333 or 1337, will be used. Every effort will be made to contact parents/guardians prior to transport. The school carries accident insurance for all currently enrolled students that covers accidents that occur on campus. This insurance is valid at most local hospitals, but does not provide coverage at premium Western hospitals such as United Family Healthcare and Parkway Health. Please consult the school nurse or administration for eligible hospitals. By signing this form you give Shanghai Livingston American School permission to contact a medical practitioner and/or transfer your child to a medical facility in case of an emergency.

만일 학생이 학교에서 심한 부상을 당하거나 의료상 긴급 상황이 발생할 경우에는 시엔샤루 1111 번지에 위치해 있는 상하이 창닝취 중심의원으로 학생을 이송하게 됩니다.(전화번호:62909911-1333 또는 1337) 학생을 수송하기 전에 학교는 부모님이나 보호자에게 연락을 취하기 위해 최선을 다할 것입니다. 학교는 모든 재학생 대상으로 교내에서 발생하는 사고를 위한 상해 보험을 들고 있습니다. 이 보험은 모든 중국 병원에 적용되며, United Family Healthcare 나 Parkway Health 등과 같은 차별화된 서양병원에는 적용되지 않습니다. 해당되는 병원은 학교측에 문의해 주시기 바랍니다. 부모님께서 여기에 서명을 하시게 되면 학교는 비상시 전문 의료인이나 의료 기관에 연락을 취하고 이송할 수 있는 권한을 위임받은 것으로 간주하겠습니다.

☐ I have read and agree to the above statement on the school's accidental insurance coverage.

학교 상해 보험에 관한 위 사항을 읽고 동의합니다.

Is there any other health information about which the school should be aware?

학생의 건강에 관해 학교가 알고 있어야 할 기타 정보가 있습니까?

I certify that the information provided in this application is complete and correct. I understand a child may be discontinued enrollment from Livingston American School if any information provided in the application is incorrect, withheld, or omitted. 이 건강기록부에 기재된 모든 내용이 완벽하고 정확함을 증명합니다. 이 서류의 내용이 사실과 다르거나 사실이 누락된 경우에는 리빙스턴 미국학교의 등록이 취소될 수 있음을 인정합니다.

Signature 서명: _____ Date 날짜 (월/일/년): _____

Relationship to applicant 학생과의 관계: _____