

자녀의 학교생활에 영향을 미치는 자녀의 기존 및 새로운 건강 상태를
저희에게 알릴 수 있도록 이 양식을 매 학년도마다 작성하기 바랍니다

이 양식은 공중 보건 간호사 (PHN)에게 자녀의 건강 상태를 알리고 학교생활에 영향을 줄 수 있는 건강상의 필요 사항을 계획하기 위해 필요하며, 제공된 정보는 오직 필요할 경우에만 관련 교직원들과 공유할 것입니다. 이 양식에 제공된 정보는 가족교육권리 및 사생활보호법 (FERPA)에 의해 학생의 교육 기록 일부로 보호받게 되며 보건실에 안전하게 보관될 것입니다. 또한, Fairfax 카운티 공립학교 (FCPS) 및 Fairfax 카운티 보건국 (FCHD)은 버지니아 교육부에 보고해야 하는 필수 공중 보건 보고를 완료하고 학교 공동체의 건강상 필요를 점검하기 위해 비식별화된 집계 건강 데이터를 사용합니다. 학년도 중에 자녀의 건강 상태에 변화가 생기거나 이 양식에 관한 질문이 있다면, 자녀 학교의 보건실을 통해 공중 보건 간호사에게 연락하기 바랍니다.

섹션 A: 인적 사항:

학생 이름: 성	이름	중간이름	생년월일
학년도	학교명	학년	교사/상담교사
학부모/법적 보호자 성명	집 전화번호	휴대 전화번호	직장 전화번호
학부모/법적 보호자 성명	집 전화번호	휴대 전화번호	직장 전화번호

섹션 B: 심각하거나 생명을 위협하는 건강 상태:

상태	'예'인 경우 표시	의견
심각한 알레르기/ 아나필락시스 (Anaphylaxis): 과민증)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 음식: _____ <input type="checkbox"/> 곤충에게 물림: _____ <input type="checkbox"/> 라텍스 에피네프린 처방? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 이전에 에피네프린 주사를 맞은 적이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'인 경우, 주사 맞은 날짜: _____
천식	<input type="checkbox"/>	유발요인: <input type="checkbox"/> 운동 <input type="checkbox"/> 환경 <input type="checkbox"/> 상부 호흡기 감염 <input type="checkbox"/> 기타: _____ 흡입기 처방? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 분무요법 처방? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 지난해의 응급실 (ER) 방문 횟수: _____
당뇨병	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 제1형 <input type="checkbox"/> 제2형 진단 날짜: _____ 응급 약품명: _____ 혈당 검사: <input type="checkbox"/> 측정기 <input type="checkbox"/> 연속혈당측정기(CGM) 인슐린 투여: <input type="checkbox"/> 주사기 <input type="checkbox"/> 펜 <input type="checkbox"/> 펌프
발작	<input type="checkbox"/>	발작 유형: _____ 마지막 발작 날짜: _____ 학교에서 응급 약품이 필요하나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 미주신경자극기 (VNS) 이식? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

섹션 C: 현재의 신체 건강 상태:

상태	'예'인 경우 표시	의견 (자세한 내용을 제공하기 바람)
신장/체중		신장: _____ ft. _____ in. 체중: _____ lbs.
(생명을 위협하지 않는) 알레르기	<input type="checkbox"/>	
혈액 장애	<input type="checkbox"/>	
압	<input type="checkbox"/>	현재 면역 저하 상태인가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
낭포성 섬유증	<input type="checkbox"/>	
치아/구강 건강	<input type="checkbox"/>	
귀, 코, 목	<input type="checkbox"/>	자세히 기재:
내분비계 이상 (당뇨병 제외)	<input type="checkbox"/>	
음식 과민증	<input type="checkbox"/>	음식: _____ 위장/소화 장애 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
음식/식단 선호	<input type="checkbox"/>	
위장/위/장	<input type="checkbox"/>	
청각	<input type="checkbox"/>	
심장/심혈관	<input type="checkbox"/>	
신장/요로 장애	<input type="checkbox"/>	
두통/편두통	<input type="checkbox"/>	
폐 질환 (천식 제외)	<input type="checkbox"/>	
이동성 장애	<input type="checkbox"/>	

건강 정보

자녀의 학교생활에 영향을 미치는 자녀의 기존 및 새로운 건강 상태를
저희에게 알릴 수 있도록 이 양식을 매 학년도마다 작성하기 바랍니다

성 _____ 이름 _____ 생년월일 _____

섹션 D: 현재의 건강 상태, 계속됨:

상태	'예'인 경우 표시	의견 (자세한 내용을 제공하기 바람)
근육/뼈/관절/관절염	<input type="checkbox"/>	자세히 기재:
신경학적 (발작 제외)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 뇌 손상/뇌진탕/진단 날짜: _____ <input type="checkbox"/> 뇌성마비 <input type="checkbox"/> 기타:
피부	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 아토피성 피부염 <input type="checkbox"/> 기타:
시각	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 콘택트렌즈/안경 <input type="checkbox"/> 교정 불가능 <input type="checkbox"/> 기타:
기타 건강	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 자폐증 <input type="checkbox"/> 다운증후군 <input type="checkbox"/> 기타:

정서적/정신적 건강 상태:

주의력결핍 장애/주의력결핍 과잉행동 장애 (ADD/ADHD)	<input type="checkbox"/>	의료인 진단	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	치료 중	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
불안	<input type="checkbox"/>	의료인 진단	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	치료 중	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
우울증	<input type="checkbox"/>	의료인 진단	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	치료 중	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
섭식 장애	<input type="checkbox"/>	의료인 진단	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	치료 중	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
기타:	<input type="checkbox"/>	의료인 진단	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	치료 중	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

섹션 E: 건강 조치:

Fairfax 카운티 보건국은 무료 신체검사를 제공하는 지역사회 의료 자원에 대한 정보를 제공합니다.
 다음 웹사이트를 방문하세요: <https://www.fairfaxcounty.gov/health/clinics>
 자녀에게 건강 문제가 있는 경우, 자녀가 학교에 있는 동안 건강 조치나 특수 기기가 필요하나요?
 예 아니오 '예'로 답한 경우, 자세히 설명하기 바람: _____

섹션 F: 자녀가 정기적으로 복용해야 하는 모든 의약품과 복용량을 열거하고 어떤 의약품을 학교에서 복용해야 하는지 표기하기 바랍니다:

학부모 또는 보호자는 자녀가 학교에 있는 동안 필요한 의약품, 특별 음식, 기기를 학교에 제공해야 할 의무가 있습니다. 의약품, 건강 조치 허가서, 체육 (PE) 수업 관련 양식은 <https://www.fcps.edu/registration/forms> 에서 확인할 수 있으며 학교 보건실에서도 얻을 수 있습니다.

학부모 동의: 본인은 자녀의 의료 서비스 제공자(들이)가 이 양식에 있는 정보를 FCPS 직원 및 학교의 공중 보건 간호사와 의논하는 것을 허락합니다. 예 아니오

_____ _____
 의료 서비스 제공자 이름 의료 서비스 제공자 전화번호

_____ _____ _____
 학부모/보호자 성명 (정자로 기재 또는 타이핑) 학부모/보호자 서명 날짜

Public Health Nurse Use Only Below This Line

HIF Reviewed Follow Protocol (SH Care Emerg.-Temp. Care Guidelines) Health Condition List

Mental Health Condition List Action Plan/Health Plan or Procedure

Notes:

.....

.....

.....

.....

.....

_____ _____ _____
 Public Health Nurse Name Public Health Nurse Signature Date