

STUDENT HEALTH FORM

(To be completed by parents 부모님께서 작성해 주세요)

Student's Family Name: 학생 이름 성 _____ Name: 이름 _____

Student's Birth Date (month/day/year): 생일 (월/일/년) _____

Grade in August: 학년 _____

Father's Name: 아버지 이름 _____ Tel: 전화번호 _____

Mother's name: 어머니 이름 _____ Tel: 전화번호 _____

For the health and safety of all the children at ISW, the following are required for admission to ISW:

ISW 의 모든 학생들의 건강과 안전을 위해 입학 허가시 다음과 같은 조건이 필요합니다.

- The student must observe the basic minimum childhood immunizations as recommended by the Child Development Center of the World Health Organization. Minimum immunization requirements are for: Polio, Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Measles, Mumps, Rubella and Chicken Pox. A photocopy of the student's immunization record must be given to the school. 학생들은 질병 관리 센터 혹은 WHO 의 권고에 따른 최소한의 예방 접종을 마쳐야 합니다. 권고하는 최소한의 예방접종은 다음과 같습니다: 소아마비, 디프테리아, 백일해, 과상풍, 홍역, 이차선염 (볼거리), 풍진, 수두. 입학시 학생의 예방접종 기록을 제출해 주셔야 합니다.
- The student must have a yearly physical examination performed by a medical physician. This will also serve to clear the student for participation in Physical Education and sports. 학생들은 매년 의사로부터의 건강 검진을 받아야 합니다. 이는 학생들이 체육이나 다른 스포츠 활동에 참여함에 있어 아무런 문제가 없음을 확인하는 데에도 필요한 절차입니다.
- The student must have a Tuberculosis (TB) screening, either by skin test or chest X-ray, at least every two years. 학생들은 2 년마다 피부 반응 검사, 혹은 가슴 X-ray 사진 검사를 통해 결핵 감염 유무를 확인해야 합니다.

We recommend that the student have an eyesight and hearing check-up every year.

학생들은 매년 시력, 청력 검사를 할 것을 권고합니다.

Please indicate by putting an X: 해당란에 X 로 표시해 주시기 바랍니다.

A) If the student has any learning difficulties (eg. Dyslexia) _____

학생이 학습 장애가 있습니까? (예: 난독증)

B) If the student has a history of any of the following conditions:

학생이 다음과 같은 항목에 해당 사항이 있습니까?

_____ Allergies (to medication, food, pollen, grass, dust, mold, others) Details: _____

알러지 (약, 음식, 꽃가루, 풀, 먼지, 곰팡이 등) 있다면 자세하게 적어주세요

_____ Medications taken to relieve allergic reactions 알러지 발생시 약을 복용합니까?

_____ Anemi 빈혈

_____ Hepatitis 간염

_____ Asthma 천식

_____ Hearing problems 청력이상

_____ Bladder or kidney problems 방광, 혹은 신장 질병

_____ Heart problems 심장 질병

_____ Concussions 진탕증

_____ Joint or bone problems 관절, 골관계 질병

_____ Diabetes 당뇨병

_____ Menstrual cramps 월경통

_____ Eye problems 청력이상

_____ Seizures (epilepsy) 발작 (간질)

_____ Frequent headaches 잦은 두통

_____ Serious accidents 사고 경험

_____ Frequent nose-bleeds 잦은 코피

_____ Serious injuries 심각한 외상

_____ Frequent stomachaches 잦은 복통

_____ Others 기타

Kindly provide more details to any checked item so that we can take better care of your child during the school day. 해당 사항이 있는 경우 학교에서 학생을 좀 더 잘 보살피는데 도움이 되도록 좀 더 자세하게 적어 주시기 바랍니다.

If you want your child to take medication at school, please send a note with the medication and give the name of the medication, the dosage, the time to take medication and the frequency.

학생이 학교에서 약을 복용해야 하는 경우 약과 함께 약의 이름, 복용법, 복용 횟수, 복용량등을 함께 적어서 보내주시기 바랍니다.

Parent's Signature: _____ Date: _____

부모님 서명

날짜