

Health Information

비밀유지- 양호실에 보관됩니다.

다음 관련된 모든 사항을 기입하십시오

학생 이름 생일

보호자/부모의 이름

전화 휴대폰/직장

천식에 관한 약물

	이름	처방법	얼마나 자주
예방약	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
완화제(기구)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
가장 심할 경우의 증상?	<input type="text"/>		

천식에 대한 치료가 진행 중에 있습니까? 예 아니오

만일 Yes 라고 표기 하셨다면 양호교사에게 처방서를 복사하여 주시기 바랍니다. 예방약을 복용하고 있다면 NZ Asthma Society에서는 6-12개월마다 업데이트 되어야한다고 합니다, 가정의나 담당 간호사와 논의하시기 바랍니다. ,

알레르기

Epipen을 사용하는 모든 학생들은 반듯이 담당자의 서명이 있는 알레르기 치료서를 양호교사에게 제출하시기 바랍니다. 자녀가 항히스타민제를 복용해야 한다면, 학생의 이름과 약명을 기입하고 학교 간호사에게 전달해 주시기 바랍니다.

알레르기	반응	치료법
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

자녀가 알레르기 반응을 일으키는 동물, 음식, 밴드, 약품 등을 기입해 주시기 바랍니다

당뇨

복용중인 약이 있나요? 예 아니오 그렇다면 치료약은? 인슐린 알약

만일 다른 질병이 있다면 상세히 기록하십시오. 의사나 전문의의 소견서를 첨부해서 보내주시기 바랍니다. (예 심장 잡음, 시각 장애, 감각 기관 장애 (청력 등), 간질, 주의력 결핍 과잉 행동장애 (ADHD), 멀미, 어지럼증, 특별 식단, 상습적인 코피, 색맹 등)

자녀의 신체적, 정신적 안전에 대해서 교사가 사전에 인지하고 있어야 할 항목이 있나요?

예 아니오 (예 문화적 습성, 장애, 공포 고소/어둠/공간, 임신, 행동이나 정신적 문제, 몽유병 등)

학교 치과 치료 서비스에 가입되어 있습니까?

예 아니오

담당 가정의와 치과의을 기록하여 주시기 바랍니다.

가정의

주소

전화

치과의

주소

전화

- 비상사태시 발생하는 경비는 본인이 부담할 것입니다 (예 사고가 아닌 경우의 앰블런스 사용료)
- 본인은 자녀가 가벼운 증상일 경우 Panadol (진통제)를 처방하는 것에 동의합니다.

예 아니오

예 아니오

서명

보호자

Date

다음 페이지

예방 접종 기록

자녀가 5세까지 해야 하는 모든 예방 접종을 실시했습니다. 예 / 아니오 (동그라미를 치시오)

자녀가 부분별 예방 접종을 실시했습니다. 예 / 아니오 (동그라미를 치시오)
만일 자녀가 부분별 예방 접종을 하였다면 다음의 내용을 표기하여 주시기 바랍니다.
접종된 부분만 V 로 표기하여 주시오

- 6 주 디프테리아/파상풍/백일해/소아마비/B형 간염/B형 뇌수막염 = 1차 접종 (콤보백신)
페렴알균예방접종 = 1 차 접종
- 3 개월 디프테리아/파상풍/백일해/소아마비/B형 간염/B형 뇌수막염
= 1차 접종 (콤보백신)
페렴알균예방접종 = 1 차 접종
- 5 개월 디프테리아/파상풍/백일해/소아마비/B형 간염/B형 뇌수막염
= 1차 접종 (콤보백신)
페렴알균예방접종 = 1 차 접종
- 15 개월 B형 뇌수막염 = 1 차 접종 (Hiberix)
홍역, 볼거리, 풍진= 1차 접종 (M-M-R II)
페렴알균예방접종 = 1 차 접종
- 4 세 디프테리아/파상풍/백일해/소아마비/소아마비 = 1 차 접종 (Infanrix - IPV)
홍역, 볼거리, 풍진= 1차 접종 (M-M-R II)
- 11 세 디프테리아/파상풍/백일해 = 1 차 접종(Boostrix)
- 12 세 자궁경부 예방 백신= 6개월간 3회 접종 (Gardasil) - 여학생만 기입

참고: Year 7학년의 Boostrix와 Year 8의 HPV(자궁경부 예방백신)은 부모의 동의하에 학교 내에서 보건부가 실시합니다.

복용하는 의약품

전문의 연락처

나의 자녀는 필요시 하단의 사전에 처방된 약을 학교에서 제공할 수 있습니다.

약이름	<input type="text"/>		
용도	<input type="text"/>	용량	<input type="text"/>
투여 시작	<input type="text"/>	마지막 투여	<input type="text"/>

나의 자녀는 다음의 사유로 이 약을 복용하고 있습니다.

추가 내용

- 저는 위와 관련하여 자녀의 이름과, 복용약, 그리고 알맞은 용도와 약통을 학교에 공급하고 이는 유통기한을 넘기지 않도록 관리하는 등 모든 부분에 책임을 질 것을 수락합니다.
- 저는 양호사나 적절한 직원이 이 약을 자녀가 필요한 경우에 투여할 것에 수락합니다.
- 저는 위의 약품에 대한 관리를 학교에서 하지만 이와 관련된 어떤 책임도 학교와 학교 직원에게 없음을 수락합니다.
- 저는 추후에 약품에 관한 어떠한 변경이 있을 경우에 서면으로 학교에 통보할 것 입니다.
- 학교에서는 위의 정보를 안전하게 보관할 것에 대한 책임을 집니다.

보호자 이름

보호자 서명

날짜

Entered onto KAMAR

25/06/2014