

Student Medical Report

学生健康报告

학생 건강 기록부

Student name 学生姓名 학생 이름

Grade 年级 학년

Date of birth 出生日期 생년월일 MM/DD/YYYY

Dear parents,

As part of our effort to ensure a safe and healthy learning community, a Student Medical Report (SMR) is required for all new students and returning students entering Grades 1, 6 and 9. The information you provide will alert staff to any special requirements or restrictions needed for school activities. This packet should be completed and returned by the end of the first week of school.

Student Medical History is completed online by parents in the school's PowerSchool system. If there are special concerns related to any illness, please note this. If your student needs to have medications at school, please complete a *Medication Administration Permission form* found on the school's website.

Immunization Record (pages 02) provides a list of immunizations required by our school as recommended by the World Health Organization.

Student Physical Exam (pages 03-04) must be completed by a medical practitioner. The school accepts medical exams which were completed within **one year prior to admission**. No laboratory tests are required unless the medical practitioner deems it necessary.

Please note that if student health forms are not returned in the required time frame, students may be asked to stay home until they are completed. If you have any questions about school health requirements or would like information regarding hospitals and clinics that provide physical exams, please contact the school nurse.

尊敬的家长:

作为我们尽力确保学生群体安全健康的需要, 全体新生, 以及返校生中所有升级到1、6、9 年级的学生必须交一份学生健康报告 (Student Medical Report, SMR)。若是您的孩子需要特殊照顾或限制某些学校活动, 我们将会通知老师您所提供的信息, 且必须在开学或入学的第一周交回。

学生病史记录 (Student Medical History) 家长可直接在学校 PowerSchool 上完成填写。如果您有与任何疾病有关的特殊问题, 请标记。若您的孩子需要在学校服用药物, 请上学校官网下载并填写药品使用许可 (Medication Administration Permission Form), 和药品一起递交学校。

免疫记录 (Immunization Record) 第 02 页部分上写明了我校根据世界卫生组织 (WHO) 的推荐所要求的免疫接种清单。

学生体检表 (Student Physical Exam) 第 03-04 页部分必须由医生填写完成, 学校可以接受 1 年之内做检查而完成的体检表。除非医生认为有必要, 否则不需要进行任何化验。

请注意, 如果学生在规定时间内没有交回学生医生报告, 学生可能会被要求不能上课直到全部交齐。如果您对学校的健康管理要求有疑问, 或者想知道更多提供体检的医院和诊所的相关信息等, 请随时联系校医。

존경하는 학부모님께

안전하고 건강한 학교 교육 환경을 위한 노력의 일환으로, 모든 신입생과 1 학년, 6 학년, 9 학년으로 진급하는 모든 학생들은 학생 건강 기록부 (Student Medical Report, SMR) 를 제출하여야 합니다. 학부모님께서 알려 주신 정보는 귀댁의 자녀가 특별한 돌봄이나 학교 활동에 제한이 필요한 경우 교사에게 제공될 것입니다. 이 서류를 모두 작성하여 입학 혹은 개학 후 첫 주까지 제출하여 주십시오.

학생 병력 기록 (Student Medical History) 어떤 질병에 관계된 특별한 우려가 있다면 적어서 알려 주시고, 자녀가 학교에서 복용해야 할 약품이 있다면, 학교 홈페이지에 있는 약품 투여 허가 양식 (Medication Administration Permission Form) 을 작성하여 약과 함께 보건실로 제출하여 주십시오.

예방접종 기록 (Immunization Record, 02 쪽) 부분에 있는 예방주사 목록은 세계보건기구(WHO)에서 권장하는 것을 근거로 본교에서 요구하는 예방접종입니다.

학생 건강검진 (Student Physical Exam, 03-04 쪽) 은 의사가 작성해야 합니다. 학부모는 입학 전 1년 이내에 완료된 건강검진서를 제출해야 합니다. 의사가 필요하다고 생각하지 않는 한, 정밀 검사는 요구되지 않습니다.

참고하세요 학생 건강 기록부가 정해진 기한 내에 제출되지 않을 경우에, 제출되기 전까지 등교가 제한될 수도 있음을 숙지하여 주시기 바랍니다. 만약 학생 건강 관련 서류 제출에 대해서 궁금한 점이 있거나 건강검진을 위한 병원에 대한 정보 등, 도움이 필요하시면 언제든지 보건실로 문의하여 주십시오.

Immunization Record

免疫记录

예방접종 기록

1. Attach a copy of original vaccination records.
2. If records are not in English, complete this form.
3. When your child receives new immunizations, send a copy of the new records to school.

请附上疫苗记录复印件。
如果疫苗记录不是英文, 请完成以下表格。
若是接种了新的疫苗, 请把该疫苗新记录的复印件交回学校。

예방접종 기록 사본을 첨부해 주십시오.
기록 원본이 영문이 아닐 경우 아래의 예방접종 기록표를 작성해 주십시오.
새로운 예방접종을 한 후에는 기록 사본을 학교에 제출해 주십시오.

Student name 学生姓名 학생 이름

Grade 年级 학년

Date of birth 出生日期 생년월일 MM/DD/YYYY

Required vaccinations 必需疫苗 필수 예방접종

Vaccine name 疫苗名称 백신 명칭

Date given 接种日期 접종 날짜 MM/DD/YYYY

Hepatitis B 乙肝疫苗 B형간염

Polio, OPV (oral)
小儿麻痹症口服 소아마비(경구용)

Four doses for OPV or mixed vaccine.
四剂 OPV 或混合疫苗。OPV 또는 혼합백신의 경우 4회 접종.

Polio, IPV (injected)
小儿麻痹症注射 소아마비(주사형)

Three doses for IPV. IPV 三剂。IPV의 경우 3회 접종.

DTP or Td/Tdap Diphtheria, tetanus, pertussis
抗白喉, 破伤风, 百日咳
디티피 디프테리아, 파상풍, 백일해

Five doses for Grades 1-8. If fourth dose was at age four or older, then fifth dose is not needed for Grades 1-8. Students must have a booster dose of Td/Tdap after age ten and before Grade 9. See below for further information* 1-8학년 5회 접종을 해야 합니다. 만약 1-8학년 중 4세 이후에 4번째 접종을 했다면, 5번째 접종은 필요하지 않습니다. 학생들은 10세 이후, 9학년이 되기 전 Td/Tdap 부스터 접종을 반드시 1회 해야합니다. 아래 추가정보를 참고하십시오.*

HIB H.Influenza type B
B型流感嗜血杆菌
B형 헤모필루스 인플루엔자

One dose required for Pre-K and Kindergarten only.
仅学前班和幼儿园需要一剂。
3세-5세반 (F-K)는 1회 접종이 요구됩니다.

PCV Pneumococcal
肺炎球菌疫苗 폐렴구균

MMR (choose type 选择类型 유형 선택)

- Measles 麻疹 홍역
- Rubella 风疹 풍진
- Mumps 腮腺炎 유행성 이하선염
- MMR (3 in 1) 麻腮风 홍역, 볼거리, 풍진

A total of two doses measles, two doses mumps, and one dose rubella required before Grade 1. 1학년 이전에는 홍역 접종 2회, 유행성 이하선염 접종 2회, 풍진 접종 1회가 요구됩니다.

Varicella Chicken Pox
水痘 수두

One dose required for Pre-K and Kindergarten only. 学前班至 8年级需要一剂。3세-5세반 (F-K)는 1회 접종이 요구됩니다.

Recommended vaccinations 建议接种的疫苗 추천 예방접종

Hepatitis A 甲型肝炎 A형간염

Japanese Encephalitis 乙型脑炎 일본뇌염

Rabies 狂犬病 광견병

BCG Tuberculosis 卡介苗 결핵

Other vaccinations 其他疫苗 기타 예방접종

Meningococcal (choose type)
乙型脑炎 (选择类型) 수막구균 (유형 선택)

A A/C ACYW
(MPV4)

A A/C ACYW
(MPV4)

A A/C ACYW
(MPV4)

A A/C ACYW
(MPV4)

Other 其它 기타

Other 其它 기타

*The tetanus booster for teenagers (Tdap or TD) is not available in mainland China. Please make plans to obtain this vaccine while traveling outside China.

请注意, 在中国大陆不给予青少年加强的破伤风疫苗 (Tdap 或 TD)。请计划带孩子出国时接种这种疫苗。

중국에서는 십대 학생들의 파상풍 추가접종 (Tdap 또는 TD) 이 불가합니다. 고국 방문 시 혹은 중국 이외의 다른 지역에서의 이 예방 접종 계획을 세워 주십시오.

Student Physical Examination

学生体检表

학생건강검사

- Physician or medical practitioner completes this section.
- No diagnostic or laboratory testing needed unless physician has a specific concern.

由医生完成此表。
除非医生建议, 否则无需诊断或实验室检查。

이 부분은 의사가 작성해야 합니다.
의사의 특별한 우려가 없으면 진단 또는 정밀 검사는 필요하지 않습니다.

Student name
学生姓名 학생 이름

Grade
年级 학년

Date of birth
出生日期 생년월일 MM/DD/YYYY

Examination date
体检日 검사일 MM/DD/YYYY

Height
身高 키

Weight
体重 몸무게

Blood pressure
血压 혈압

Heart rate
心率 맥박

	Normal 正常 정상	Abnormal 反常 비정상	Notes or follow-up needed 注意事项/评论/后续治疗建议 소견/처방/조치	
Neurological seizures, concussion, headaches, etc 神经系统 癫痫, 脑震荡, 常有头痛, 等 신경계 발작, 뇌진탕, 두통 등				
Musculoskeletal scoliosis, disabilities, etc 肌骨骼 脊柱侧弯, 畸形 근골격계 척추측만증, 신체장애				
Skin and scalp 皮肤, 头肤 피부, 두피				
Eyes visual acuity, color 眼睛 视力, 色盲 눈 시력, 색시력			Left 左 좌	Right 右 우
Ears acuity, aids 耳朵 听力, 助听器 귀 청력, 보청기			Left 左 좌	Right 右 우
Speech 发音 언어				
Nose, throat, mouth, teeth 鼻子, 喉咙, 嘴, 牙齿 코, 목구멍, 구강, 치아				
Glands, thyroid 腺体, 甲状腺 내분비선, 갑상선				
Heart irregular pulse, murmur, dysrhythmia, etc 心脏 心率不齐, 心脏杂音, 心律失常 심장 불규칙한 맥박, 심잡음, 부정맥 등				
Anemia signs/symptoms 贫血 体征/症状 빈혈 징후/증상				
Lungs asthma, SOB with activity, restrictions, etc 肺 哮喘, 活动后呼吸不畅, 是否需要控制运动量 폐 천식, 활동 후 호흡곤란, 제한 등				
Abdomen, digestion 腹部, 消化 복부, 소화				
Genitourinary 生殖泌尿 비뇨생식기				

	Normal 正常 정상	Abnormal 反常 비정상	Notes or follow-up needed 注意事项/评论/后续治疗建议 소견/처방/조치
<p>General health habits sleep, dental care, diet, weight 日常保健习惯 睡眠, 牙齿保健, 饮食, 营养, 肥胖 일반적인 건강 습관 수면, 치아관리, 식이, 체중</p>			
<p>Mental/behavioral health psychiatric dx, developmental level, ADHD, psychosomatic, etc 精神, 情绪, 行为保健 心理疾病, 发育程度, 多动症等 정신/행동 건강 정신의학진단, 발달수준, ADHD, 심신질환 등</p>			
<p>Important</p> <ul style="list-style-type: none"> • Physician-guided action/care plan must be attached for asthma, diabetes, and allergies requiring an epi-pen. • For concerns needing clarification, please attach pertinent records to this form. • Tuberculosis screening on pages 05-06 must also be completed. 	<p>注意</p> <ul style="list-style-type: none"> • 如有哮喘、糖尿病、过敏等需要打肾上腺素注射 (Epi-pen) 的情况, 为了在校照顾学生, 请务必附上由医生指导的处理计划。 • 如有任何担忧需要进一步澄清, 请在此表格中附上相关记录。 • 请一定要填写完成05-06页的结核筛查表。 		<p>중요 공지</p> <ul style="list-style-type: none"> • 천식, 당뇨병, 그리고 에피펜이 필요한 알레르기의 경우 의사가 지도하는 조치/관리 계획을 반드시 첨부해야 합니다. • 명확한 설명이 필요한 문제에 대해서는, 이 양식에 관련 기록을 첨부해 주세요. • 05-06 페이지의 결핵 검사도 완료해야 합니다.
<p>Immunizations reviewed and met minimal requirements. 查对疫苗注射已符合最低要求。 백신 검토 결과 최소한의 예방접종이 충족되었습니다.</p>			<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No 是 否 예 아니오</p>
<p>Recommendation for Physical Education: 医生关于参加体育项目的意见: 체육수업에 대한 의사의 권고:</p> <p>This child may participate in PE and athletic programs without restriction. 该学生可以参加全部体育课和运动项目, 没有任何限制。 이 학생은 모든 체육수업과 스포츠 행사에 제한없이 참여할 수 있습니다.</p>			<p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No 是 否 예 아니오</p>
<p>Recommendation for follow-up diagnostic testing: 后续诊断性检查的意见: 후속 진단 검사 권장:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			

Tuberculosis Screening 结核筛查表

결핵 검사

- Physician or medical practitioner completes this section.

由医生完成此页。

이 양식은 의사가 작성해야 합니다.

Student name
学生姓名 학생 이름

Grade
年级 학년

Date of birth
出生日期 생년월일 MM/DD/YYYY

	Yes 有 예	No 无 아니오	Comments 注意事项 소견
Has the student had any of these symptoms recently? 最近孩子有过以下的症状吗? 학생이 최근 이런 증상을 보인 적이 있습니까?			
Unexplained fever for more than a week 原因不明的发烧1周以上 일주일 이상의 원인을 알 수 없는 열	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Unexplained weight loss 原因不明的消瘦 원인을 알 수 없는 체중감소	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cough lasting over three weeks 咳嗽三周以上 3 주 이상의 기침	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Coughing up blood 咳血 객혈	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Night sweats, chills 盗汗, 恶寒 야간 발한, 오한	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Within the last 12 months, has the student been around anyone with tuberculosis or the above symptoms? 在过去的12个月之内, 学生周围是否曾出现过结核病患者或有以上症状的人? 지난 12 개월 이내에, 학생이 결핵에 걸렸거나 위 증상을 보인 사람의 근처에 있었던 적이 있습니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Within the last 12 months, has he/she traveled for more than a week to high-risk areas, which may include: 在过去的 12 个月之内, 学生是否曾到结核病高发地区旅游停留一周以上? 比如: 지난 12 개월 이내에, 학생이 다음과 같은 고위험 지역에 일주일 이상 여행한 적이 있습니까?			
Rural or north-west China 中国的农村或西北地区 중국 농촌이나 북서부	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Indonesia 印度尼西亚 인도네시아	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Philippines 菲律宾 필리핀	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
African continent 非洲大陆 아프리카 대륙	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
India 印度 인도	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

If the student answers yes to any of the below risk factors, the school recommends further testing:

- Mantoux (PPD) skin test: for students who have not received the BCG vaccination.
- IGRA/Quantiferon/T-Spot blood test: for those with BCG vaccination or who do not want the skin test.
- Chest x-ray: only if other forms of testing are unavailable or contraindicated.

如果学生对任何危险因素回答“是”，学校建议进行进一步的检查:

- 皮肤测试 (Mantoux/PPD) : 用于没接种过卡介苗的学生。
- 血液测试 (IGRA/Quantiferon/T-Spot) : 用于接种过卡介苗的学生或不愿意接受皮肤测试的学生。
- 胸部X-光: 仅用于不能进行其他检查或有禁忌的。

학생이 위험요인에 대해 “예” 라고 답한 경우, 학교는 추가 검사를 실시할 것을 권고합니다:

- PPD 피부검사: BCG 접종을 하지 않은 학생용.
- 혈액검사 (IGRA/Quantiferon/ T-Spot): BCG 예방접종을 한 학생 혹은 피부 검사를 원하지 않는 학생.
- 흉부 엑스레이 검사: 다른 형태의 검사를 할 수 없거나 금지된 경우.

If the student has ever had a positive TB skin test, blood test or chest x-ray, please record treatment received.
 如过去PPD皮试、TB抽血检测或胸片检查结果显示有阳性的, 请把接受治疗情况写下来。(如无, 请忽视这一条)
 만약 학생이 결핵 검사, 혈액 검사, 또는 흉부 엑스레이 검사에서 양성인 경우 치료 기록을 기록해주시요.

Yes
 是
 예

No
 否
 아니요

If further testing or treatment is recommended, please indicate the date, type, and result:
 如果被建议进一步检查或治疗, 请注明测试日期、类型和结果:
 추가 테스트가 권장되었다면 날짜, 유형, 결과를 기록해 주십시오:

Yes
 是
 예

No
 否
 아니요

In my opinion, this student is free of communicable disease and may enter school.

我认为该学生无任何传染性疾, 可以入学。
 학생은 전염병이 없으며 학교에 입학할 수 있습니다.

Yes
 是
 예

No
 否
 아니요

Physician signature
 医生签字 의사 서명

Physician name
 医生姓名 의사 성명

Phone
 电话 전화번호

Email
 邮箱地址 이메일 주소

Hospital or clinic stamp
 医院或诊所盖章 진료기관 도장