

## Student Medical Report

## 学生体检报告

## 학생건강기록부

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** (page 02) provides a list of immunizations required by our school as recommended by the World Health Organization.

**Student Physical Exam and Tuberculosis Screening** (pages 03-06) 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,

为了尽力确保学生群体的安全和健康, 全体新生以及升入到 1、6、9 年级的学生必须交一份新的学生体检报告 (Student Medical Report, SMR)。若是您的孩子需要特殊照顾或无法参与某些学校活动, 我们将会通知老师您所提供的信息。**这份报告必须在开学或入学的第一周之内交回学校。**

**学生病史记录 (Student Medical History)** 家长可直接在学校的 PowerSchool 系统上完成填写。如果有任何疾病相关的特殊问题, 请标记。若您的孩子需要在学校服用药物, 请在学校官网下载并填写药品管理/给药许可表 (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。

**学生体检表和结核筛查表 (Student Physical Exam and Tuberculosis Screening,** 第 03-06 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体检报告, 直到全部交齐之前, 学生可能会被要求不能上课。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 학생건강기록부 (Student Medical Report, SMR)를 제출하여야 합니다. 학부모님께서 알려 주신 정보는 귀댁의 자녀가 특별한 돌봄이나 학교활동에 제한이 필요한 경우 교사에게 제공될 것입니다. **이 서류를 모두 작성하여 입학 혹은 개학 후 첫주까지 제출하여 주십시오.**

**학생병력기록 (Student Medical History)** 부분은 학부모님께서 파워스쿨 시스템 상에서 온라인으로 기입하시면 됩니다. 어떤 질병에 관계된 특별한 염려가 있다면 적어 주십시오. 만약, 자녀가 학교에서 복용해야 할 약품이 있다면, 학교 웹사이트에 있는 의약품 관리 복용 허가서 (Medication Administration Permission Form) 를 작성하여 약품과 함께 보건실로 보내 주십시오.

**예방접종기록 (Immunization Record,** 02 페이지) 부분에 있는 예방접종 목록은 세계보건기구(WHO)에서 권장하는 것을 근거로 본교에서 요구하는 예방접종입니다.

**학생신체검사와 결핵 스크리닝 문진 (Student Physical Exam and Tuberculosis Screening,** 03-06 페이지) 부분은 의사가 작성해야 하며, **최근 1년 이내에** 검진을 받고 작성한 것이면 제출이 가능합니다. 의사가 필요하다고 요구하지 않는 한, 별도의 임상 검사는 필요하지 않습니다.

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

## Immunization Record

## 疫苗接种记录

## 예방접종기록

- You MUST attach a copy of the original vaccination records.**
- If records are not in English, complete this form.
- When your child receives new immunizations, send a copy of the new records to school.

- 请附上疫苗接种记录复印件。
- 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 반드시 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 필수예방접종

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) 脊髓灰质炎 (口服) 소아마비 (경구용)						Four doses for OPV or mixed vaccine. Three doses for IPV.
Polio, IPV (injected) 脊髓灰质炎 (注射) 소아마비 (주사형)						
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* 1-8 年级共五剂。如果第四剂是在四岁或四岁以后注射, 则 1-8 年级不需要第五剂。学生须在十岁以后和九年级之前接受 Td/Tdap 加强剂量。更多注意事项见以下*。1-8학년은 총 5회, 만약 4세이후에 4차를 접종했다면 1-8학년까지는 5차 접종이 필요없음. TD/Tdap 추가접종은 10세이후 9학년 이전까지 반드시 접종을 해야함. 아래의 *부분을 참고 요망.						
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. 幼儿园中班和大班仅需要一剂。유아원과 유치원 학생은 최소 1회 접종이 필요함.
PCV Pneumococcal 肺炎球菌疫苗 폐렴구균						
MMR (choose type 选择类型 유형 선택)						A total of two doses measles, two doses mumps, and one dose rubella required before Grade 1. 1 年级之前总共需要注射两剂麻疹、两剂腮腺炎和一剂风疹。1학년 이전에 최소 홍역 2회, 볼거리 2회, 풍진 1회의 접종이 필요함.
<input type="radio"/> Measles 麻疹 홍역						
<input type="radio"/> Rubella 风疹 풍진						
<input type="radio"/> Mumps 腮腺炎 유행성 이하선염						
<input type="radio"/> MMR (3 in 1) 麻腮风 홍역, 볼거리, 풍진						
Varicella Chicken Pox 水痘 수두						One dose required for Pre-K to Grade 8. 幼儿园中班至 8 年级需要一剂。유아원부터 8학년까지는 최소 1회 접종이 필요함.

### Recommended vaccinations 建议接种的疫苗 추천예방접종

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 기타예방접종

Meningococcal (choose type) 流脑 (选择类型) 뇌척수막염 (유형 선택)	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> A/C <input type="radio"/> ACYW	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> A/C <input type="radio"/> ACYW	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> A/C <input type="radio"/> ACYW	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> A/C <input type="radio"/> ACYW
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破伤风疫苗的加强针 (Tdap 或 TD)。请计划带孩子出国时接种这种疫苗。

\*주의: 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

## 학생신체검사

1. **Physician or medical practitioner MUST complete this section.**
2. No diagnostic or laboratory testing needed unless physician has a specific concern.

1. 必须由医生完成此表。
2. 除非医生建议, 否则无需诊断或实验室检查。

1. 이 부분은 의사가 작성해야 함.
2. 의사의 특별한 우려가 없으면 진단검사 또는 실험실 검사가 필요하지 않음.

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 异常 비정상	Notes or follow-up needed 注意事项/评论/后续治疗建议 소견/처방/조치	
<b>Neurological</b> seizures, concussion, headaches, etc 神经系统 癫痫, 脑震荡, 常有头痛, 等 신경계 발작, 뇌진탕, 두통 등	○	○		
<b>Musculoskeletal</b> scoliosis, disabilities, etc 肌骨骼 脊柱侧弯, 畸形 근골격계 척추측만증, 신체장애	○	○		
<b>Skin and scalp</b> 皮肤, 头皮 피부, 두피	○	○		
<b>Eyes</b> visual acuity, color 眼睛 视力, 色盲 눈 시력, 색식별	○	○	Left 左 좌	Right 右 우
<b>Ears</b> acuity, aids 耳朵 听力, 助听器 귀 보청기 등, 청력	○	○	Left 左 좌	Right 右 우
<b>Speech</b> 发音 언어	○	○		
<b>Nose, throat, mouth, teeth</b> 鼻子, 喉咙, 嘴, 牙齿 코, 인후, 구강, 치아	○	○		
<b>Glands, thyroid</b> 腺体, 甲状腺 내분비선, 갑상선	○	○		
<b>Heart</b> 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	○	○		
<b>Anemia</b> signs/symptoms 贫血 体征/症状 빈혈 징후/증상	○	○		
<b>Lungs</b> 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	○	○		
<b>Abdomen, digestion</b> 腹部, 消化 복부, 소화	○	○		
<b>Genitourinary</b> 生殖泌尿 비뇨생식기	○	○		

	Normal 正常 정상	Abnormal 异常 비정상	Notes or follow-up needed 注意事项/评论/后续治疗建议 소견/처방/조치
<b>General health habits</b> 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Mental/behavioral health</b> 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, 心身疾病等 정신, 감정, 행동건강 정신의학진단, 발달수준, ADHD, 심신증 등	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<hr/>			
<b>Attention</b> • Physician-guided action/care plan <b>must be attached for asthma, diabetes, and allergies requiring an epi-pen.</b>	<b>注意</b> • 如有哮喘、糖尿病、过敏等需要打肾上腺素注射 (Epi-pen) 的情况, 为了在校照护学生, 请务必附上由医生指导的处理计划。	<b>주의</b> • 천식, 당뇨병, 그리고 에피펜이 필요한 알레르기의 경우 의사가 지도하는 조치/관리 계획을 첨부해야 합니다.	
Immunizations reviewed and met minimal requirements. 疫苗接种记录已查看且符合最低要求。 예방 접종 기록을 검토한 결과, 최소한의 예방접종이 충족되었습니다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Yes / No 是 / 否 예 / 아니오
<hr/>			
Recommendation for Physical Education: 医生关于参加体育和运动项目的意见: 체육수업에 대한 의사의 권고:	<b>This child may participate in PE and athletic programs without restriction.</b> 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.		<input type="radio"/> Yes / No 是 / 否 예 / 아니오
<hr/>			
Recommendation for follow-up diagnostic testing: 后续诊断性检查的意见: 후속 진단 검사 권장:			
<hr/>			
<b>Attention</b> • For concerns needing clarification, please attach pertinent records to this form.	<b>注意</b> • 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。	<b>주의</b> • 명확한 해명이 필요한 부분에 대해서는, 이 양식에 관련 기록을 첨부해 주십시오.	

## Tuberculosis Screening

## 结核筛查表

## 결핵 스크리닝 문진

Physician or medical practitioner must complete this section.

必须由医生完成此页。

이 부분은 의사가 작성해야 함.

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
<b>Has the student had any of these symptoms recently?</b> 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"/>	
<b>Within the last 12 months, has the student been around anyone with tuberculosis or the above symptoms?</b> 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"/>	
<b>Within the last 12 months, has he/she traveled outside of China for more than a week to high-risk countries (as considered high-risk by the World Health Organization (WHO)?</b> 在过去的 12 个月内, 学生是否有过一周以上离开中国去往某结核病高风险地区 (根据世界卫生组织发布认定) 的旅游史? 과거 12 개월 이내에, 학생이 중국 이외의 고위험 지역(WHO에서 분류한 고위험 지역에 근거)에 일주일 이상 여행한 적이 있습니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Scan the QR to check the World Health Organization's current list of high TB burden countries. 请扫码查看世界卫生组织最新的结核病高风险地区列表。 QR코드를 스캔하여 현재 WHO의 결핵 고위험 국가 목록을 확인해 주십시오.
<b>If so, which countries has he/she traveled to?</b> 如果有, 他/她去过了哪些国家? 만약 그렇다면, 어느 나라를 여행하었습니까?			



If the student answers "yes" to any of the above 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.

如果学生对上面任何危险因素回答“有”，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 위의 어떤 위험요인에 대해 “예” 라고 답한 경우, 학교는 아래의 추가 검사를 권고합니다:

- PPD 피부검사: BCG 접종을 하지 않은 학생용 검사.
- 혈액검사 (IGRA/Quantiferon/ T-Spot): BCG 예방접종을 받은 학생 또는 피부검사를 받지 않은 학생용 검사.
- 흉부 엑스레이 검사: 다른 형태의 검사를 할 수 없거나 금지된 경우시의 검사.

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 양성 PPD 피부 검사, 결핵 혈액 검사 또는 흉부 엑스레이 검사를 받은 적이 있다면 처리 경과를 기록해 주십시오.

Yes  
是  
예

No  
否  
아니오

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  
아니오

**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病, 可以入学。

학생은 전염병이 없으며 학교에 입학할 수 있습니다.

Yes  
是  
예

No  
否  
아니오

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