

School District of Springfield Twp.

비상 연락망 정보

Korean

School _____	Track _____
Grade _____	Room _____
Teacher/Counselor _____	
Bus# _____	Bus Stop _____

이름: \_\_\_\_\_ 성 \_\_\_\_\_ 이름 \_\_\_\_\_ 중간이름 \_\_\_\_\_ 성별:  여  남

법적 성(다른 경우) \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_ 집 전화번호 \_\_\_\_\_  
주소 \_\_\_\_\_ 아파트 \_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

학생과 함께 거주하는 부모 또는 보호자 명단:

이름: _____	자녀와의 관계: _____	고용주: _____	집 전화번호: _____
_____	_____	_____	직장 전화번호: _____
이름: _____	자녀와의 관계: _____	고용주: _____	집 전화번호: _____
_____	_____	_____	직장 전화번호: _____

학생의 부모가 이혼을 했거나 별거 중이면 부모 중 어느 쪽이 학생을 실제로 양육할 책임이 있습니까? 변경사항이 있으면 학부모는 즉시 학군에 통보해야 합니다.

공동 양육  어머니  아버지  보호자

데이케어(보육시설): 이름 \_\_\_\_\_ 전화 \_\_\_\_\_

병이나 비상시 또는 사고가 났을 경우 학부모나 보호자에게 연락을 취할 수 없으면 다음 아래 성인이 학부모나 보호자를 대행할 수 있습니다. (근처에 살고 있는 이웃이나 친구, 친척 또는 아이를 돌보는 사람 중 두 사람의 이름을 기입하십시오)

1. \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_

의료 서비스 제공자 이름 (Primary Care Provider (PCP)) \_\_\_\_\_ 의료 보험 \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_  
주소 \_\_\_\_\_ PCP 전화번호 \_\_\_\_\_ 선호하는 병원 \_\_\_\_\_

비상시가 유발할 경우, 학부모나 보호자가 부재 중이면 학교 당국의 최선적인 판단에 따라 필요한 교통수단을 포함하여 본인의 자녀에게 의료/병원 치료를 조치할 것을 본인은 승인합니다. 상기 항목에 기입된 의사가 필요하다고 생각되는 진찰이나 치료를 행할 것을 승인하며, 상기 의사가 부재 중이면, 공인된 내외과 의사에 의해 진찰이나 치료를 이행할 것을 승인합니다. 앞서 말한 내용의 결과에 초래되는 모든 비용을 본인이 지불한다는 것에 동의합니다.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
학부모/보호자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_ 학부모/보호자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_  
뒷면의 건강 정보를 완전히 작성하십시오.

# School District of Springfield Twp.

자녀에게 해당되는 사항에 표시하십시오.

건강 문제의 유무에 대해 알지 못하면 표시하십시오.....

**시력**

안경 착용  안경을 항상 착용해야 함   
 콘택트렌즈 착용  렌즈를 항상 착용해야 함

앉아야 되는 교실 좌석 위치  마지막 시력 검사: \_\_\_\_\_

진단한 PCP 또는 의료 전문의 \_\_\_\_\_

전화 \_\_\_\_\_

의견: \_\_\_\_\_

**청각**

청각 문제가 있음  중이에 튜브 삽입  보청기 사용

앉아야 되는 교실 좌석 위치

진단한 PCP 또는 의료 전문의 \_\_\_\_\_

전화 \_\_\_\_\_

의견: \_\_\_\_\_

**형제/자매 관계**

이름	등교 학교	학년
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

**일반적인 건강 정보**

1. 해당되는 건강 상태에 표시하십시오.

간질.....  졸도.....  당뇨병.....   
 ADHD(과잉행동).....  심장병.....  편두통.....   
 천식.....

해당하는 상기 건강상태가 생명을 위협하는 것입니까?  예  아니오  
 설명하십시오. \_\_\_\_\_

알레르기(설명하십시오): \_\_\_\_\_

벌에 쏘였을 때/음식에 대한 알레르기 반응(설명하십시오): \_\_\_\_\_

기타: \_\_\_\_\_

2. 처방받은 의약품을 기재하십시오. \_\_\_\_\_

현재 복용(투약) 중인 분량: \_\_\_\_\_

사유(진단): \_\_\_\_\_

처방받은 약을 학교 시간 중에 복용(투약)해야 합니까?  예  아니오

약을 처방한 PCP 또는 의료 전문의 \_\_\_\_\_  
 전화번호 \_\_\_\_\_

3. 신체 이상으로 제한받을 수 있는 교내활동에 표시하십시오

교실 내 활동  체육   
 설명하십시오. \_\_\_\_\_

진단한 PCP 또는 의료 전문의 \_\_\_\_\_  
 전화번호 \_\_\_\_\_

4. 마지막으로 파상풍 예방주사를 맞은 날짜 \_\_\_\_\_