

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.

The Student Medical History (pages 2&3) is completed by parents. 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.

The Immunization Record (page 4) provides a list of immunizations required by our school as recommended by the World Health Organization.

The Student Medical Exam (pages 5&6) must be completed by a medical practitioner. The school accepts medical exams which were completed within **1 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医检报告(**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**)第 2&3 页部分需要由家长填写完成。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 4 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 Medical Exam**)第 5&6 页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检报告，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 **학생건강기록부(Student Medical Report, SMR)**를 제출하여야 합니다. 학부모님께서 알려 주신 정보는 귀댁의 자녀가 특별한 돌봄이나 학교활동에 제한이 필요한 경우 교사에게 제공될 것입니다. 이 패킷을 모두 작성하여 입학 혹은 개학 후 첫 주까지 제출하여 주십시오.

학생병력기록(Student Medical History, 2-3 쪽)부분은 학부모님께서 작성하여 주시고, 입학/개학 첫 주간에 제출하여 주십시오. 어떤 질병에 관계된 특별한 염려가 있다면 적어 주십시오. 자녀가 학교에서 복용해야 할 약품이 있다면, 학교 웹사이트에 있는 약품 복용 동의서(Medication Administration Permission Form)를 작성하여 약품과 함께 제출하여 주십시오.

예방접종기록(Immunization Record, 4 쪽)부분에 있는 예방주사 목록은 세계보건기구(WHO)에서 권장하는 것을 근거로 본교에서 요구하는 예방접종입니다.

학생건강검사(Student Medical Exam, 5-6 쪽)부분은 의사가 작성해야 하며, **최근 1 년 안에** 검진을 받고 작성한 것이면 제출이 가능합니다. 의사가 필요하다고 요구하지 않는 한 별도의 임상검사는 필요하지 않습니다.

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 건강검사를 위한 병원에 대한 정보 등, 도움이 필요하시면 언제든지 양호실로 문의하여 주십시오.

Student Medical History 学生病史记录 학생병력기록

(Parents complete this page 由家长填写完成此页 학부모님이 작성)

Full name 全名 이름: _____ Age 年龄 나이: _____

Gender 性别 성별: _____ Birth date 出生日期 생년월일: _____

Allergies (medications, food, environment, etc.) 有无过敏源 (药物 / 食物 / 环境等) 알레르기 (약, 음식, 환경 등등):

Describe the allergic reaction 请描述过敏症状 알레르기 반응: _____

List **all** routine prescription, over-the-counter or herbal medicines taken at home **or** school, and the purpose: 在家或学校定时服用的处方药, 非处方药, 中药, 以及该药服用目的. 집이나 학교에서 규칙적으로 복용하는 처방약품, 일반의약품, 한약이 있다면 **모든** 약의 이름과 복용 이유를 적어 주십시오: _____

Please mark if your child has had these conditions 请标记您的孩子曾经或目前有无以下情况?

현재 자녀가 앓고 있거나 과거에 병력이 있는 경우 표시해 주시기 바랍니다:

Health History 健康史 건강기록	Yes 有 예	No 无 아니오	Health History 健康史 건강기록	Yes 有 예	No 无 아니오
Asthma or breathing problems 哮喘, 呼吸性疾病 천식 또는 호흡기 질환			Eczema or skin problems 湿疹, 其他皮肤疾病 습진 또는 피부 질환		
Diabetes 糖尿病 당뇨병			Chicken Pox 水痘 수두		
Anemia 贫血 빈혈			Hepatitis 肝炎 간염		
Heart problems 心脏病 심장 질환			Birth defects 先天性缺陷, 畸形 선천성 결손		
Nose bleeds or bleeding problems 鼻出血或血液疾病 코피 또는 출혈			Developmental problems 发育障碍 발달장애		
Stomach or digestion problems 肠道消化问题 위 또는 소화 장애			Speech problems 发音问题 언어장애		
Seizures, fainting 癫痫, 晕倒 발작 또는 기절			Vision problems or color blindness 视力问题, 色盲 시각장애 또는 색맹		
Head injury, concussion, knocked unconscious 头部受伤, 脑震荡, 失去知觉 머리 부상, 뇌진탕, 의식을 잃음			Wears glasses 戴眼镜 안경 착용		
			Wears contacts 戴隐形眼镜 콘택트렌즈 착용		
Migraine headaches 偏头疼 편두통			Hearing problems, deafness 听力问题, 耳聋 청각장애		
Bone, muscle, spinal problems/injuries 骨骼肌, 脊柱问题或损伤 뼈, 근육, 척추 질환이나 부상			Surgery or other serious injury/illness 手术病史或其他损伤/重病 수술 또는 다른 심각한 손상/ 중병		

Please give dates and explain or attach additional information if you answered **yes** to any of the above conditions (for example: special dietary needs, type of surgery, any long-lasting effects, etc.):

如果你对上面的问题回答“有”, 请填写具体时间或附加信息(比如特定食品, 做过的手术, 后遗症等)

위의 증상에 대해 '예'로 표시한 경우 발병 기간과 상황을 적어 주시거나, 추가의 정보들을 첨부해 주시기 바랍니다. (예를 들면: 특정 식단의 필요, 수술의 종류, 장기적인 영향 등등): _____

Student Medical History 学生病史记录 학생병력기록

(Parents complete this page 由家长填写完成此页 학부모님이 작성)

Describe learning disabilities, emotional or behavioral problems that might affect your child's participation in school. 你的孩子是否有学习障碍, 或情绪/行为问题可能影响参加学校活动? 如果是, 请描述: 자녀의 학교 수업 참여에 영향을 주는 학습장애 혹은 정서/행동장애를 가지고 있습니까? 만약 그렇다면 설명해 주십시오:

Describe any restrictions on physical activities (i.e. PE class or sports): 你的孩子对体育活动有什么限制 (如体育课、竞技体育) 吗? 如果是, 请列出: 자녀가 신체 활동을 하는데 제한을 받고 있습니까 (예: 체육 수업, 운동 경기)? 만약 그렇다면 설명해 주시기 바랍니다.

Describe your child's swimming ability 请描述您孩子的游泳能力: 자녀의 수영 능력을 표시해 주십시오:

Beginner or none 初学者或不会 초급 혹은 전혀 못함: _____

Intermediate 中等 중급: _____ Advanced 优秀 상급: _____

For returning students, describe any health changes during the summer 对与返校生请描述暑假期间身体上的任何健康变化 재학생일 경우, 여름 기간에 어떠한 건강상의 변화가 있다면 적어 주십시오: _____

Other useful health information: 学校应该知道的其他健康信息: 학교가 알아야 할 그 외의 건강상의 정보들:

The school does not provide medication at school; parents must send any medication needed along with a Medication Administration Permission form. However, on school trips which are overnight or outside the city, teachers will have a small supply of OTC medicines available for use with parents' permission. Please indicate which medicines your child is allowed to have on **overnight or long-distance trips**.

学校不提供任何药品-若孩子需要在校服用任何药品, 家长须把药物和药物使用许可表交到学校。不过, 旅游或者到外地过夜等学校安排的旅行, 随行老师会携带一些非处方药品, 在家长同意的情况下, 必要时给学生使用。请您选择您孩子在过夜或市外的旅行中, 允许使用的药品。

학교에서는 학생들에게 의약품을 제공하지 않습니다. 만약 자녀가 약품을 복용해야 할 경우, 부모님께서 약품과 함께 약품복용허가서(Medication Administration Permission form)를 학교로 보내주셔야 합니다. 그러나 학생들이 다른 도시로 현장학습을 가거나 숙박을 해야 하는 경우, 교사가 일반의약품을 구비하여, 부모님의 허락아래, 필요 시에 자녀에게 약품을 제공할 것입니다. 자녀가 **숙박을 해야 하거나 장거리 여행 중에** 사용을 허락할 약품을 표시해 주십시오.

Yes 使用 예	No 不使用 아니오	Parents check yes or no for each 家长选择后并签字 각 항목에 학부모 사용허가 여부 표시:
		Acetaminophen (Tylenol, paracetamol) 对乙酰氨基酚 (泰诺, 扑热息痛-解热镇痛药) 아세트아미노펜(상품명: 타이레놀, 파라세타몰-진통해열제) *for headaches, menstrual cramps, injuries 用于头痛, 月经痛, 外伤 두통, 생리통, 각종 손상에 사용
		Ibuprofen (Advil) 布洛芬 (雅维-解热镇痛类、非甾体抗炎药) 이부프로펜(상품명 애드빌-비스테로이드성 소염진통제) *for headaches, menstrual cramps, injuries 用于头痛, 月经痛, 外伤 두통, 생리통, 각종 손상에 사용
		Throat lozenges or cough drops 润喉糖或止咳糖 목캔디 혹은 기침사탕
		Loperamide (Imodium) 洛哌丁胺 (盐酸洛哌丁胺-止泻药) 로페라미드(상품명: 이모디움-지사제) *for severe diarrhea 用于腹泻 심한 설사에 사용
		Diphenhydramine (Benadryl) 苯拉海明 (抗过敏药) 디펜히드라민(상품명: 베나드릴-항히스타민제) *only for severe allergic emergencies 仅适用于严重过敏性突发事件 심한 알레르기가 생긴 응급 상황에 사용

Parent signature and date 家长签字及日期 학부모 서명 및 날짜: _____

Immunization Record 疫苗记录 예방접종기록

1. Attach a copy of original vaccination records. 请附上疫苗记录复印件 예방접종 기록 사본을 첨부해 주세요.
2. If records are not in English, complete this form as well. 如果疫苗记录不是英文, 请完成以下表格.
기록 원본이 영문이 아닐 경우 아래의 예방접종 기록표를 작성해 주세요.
3. When your child receives new immunizations, send a copy of the new records to school. 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. 새로운 예방접종을 한 후에는 기록 사본을 학교에 제출해 주세요.

Required Vaccinations 必需疫苗 필수예방접종						
Vaccine Name	Date Given (YYYY/MM/DD) 接种日期 (年/月/日)					
Hepatitis B 乙肝疫苗 B형간염						
Polio - OPV (oral) 小儿麻痹症口服						*3 doses required for IPV, 4 doses for OPV or mixed vaccine
Polio - IPV (injected) 小儿麻痹症注射 소아마비(주사형)						
DTP or Td/Tdap diphtheria, tetanus, pertussis 抗白喉, 破伤风, 百日咳 디프테리아(디프테리아, 파상풍, 백일해)	* 5 doses for grades 1-8. If 4th dose was at age 4 or older, then 5th dose is not needed for grades 1-8. * Students must have a booster dose of Td/Tdap after age 10 and before Grade 9. See below for further information.					
HIB - H.Influenza type B B型流感嗜血杆菌 b형 헤모필루스 인플루엔자						* 1 dose required for Pre-K & Kindergarten only
PCV - Pneumococcal 肺炎球菌疫苗 폐렴구균						* 1 dose required for Pre-K & Kindergarten only
MMR (choose type) • <u>Measles</u> 麻疹 • <u>Rubella</u> 风疹 • <u>Mumps</u> 腮腺炎 • <u>MMR (3-in1)</u> 麻腮风 홍역, 볼거리, 풍진						* A total of 2 doses measles, 2 doses mumps, and 1 dose rubella required before Grade 1
Varicella - chicken pox 水痘 수두						* 1 dose required for Pre-K to Grade 8
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 其它疫苗 기타예방접종						
Meningococcal 流行性脑膜 뇌척수막염 (circle type)	A A/C C ACYW (MPV4)	A A/C C ACYW (MPV4)	A A/C C ACYW (MPV4)	A A/C C ACYW (MPV4)	A A/C C ACYW (MPV4)	A A/C C ACYW (MPV4)
Other 其它 기타:						
Other 其它 기타:						

**** The tetanus booster (Tdap or TD) is not available in mainland China for children older than 11 years.**
Please make plans to obtain this vaccine while traveling outside China.

****请注意, 加强的破伤风疫苗 (Tdap 或 Td) 在中国大陆不给予 11 岁以上的孩子. 请计划带孩子出国时接种这种疫苗.**

****중국에서는 11 세 이상 어린이의 파상풍 추가접종(Tdap 또는 TD)이 불가합니다.**
고국 방문 시 혹은 중국 이외의 다른 지역에서의 이 예방 접종 계획을 세워 주십시오.

Student Medical Examination (学生体检表 학생건강검사)

(Physician or medical practitioner completes this section 由医生完成此页 의사가 작성)

Full name 全名 이름: _____ Date of exam 体检日 검사일: _____

Gender 性别 성별: _____ DOB 出生日期 생년월일: _____ BP 血压 혈압: _____ HR 心率 맥박: _____

Height 身高 키: _____ Weight 体重 몸무게: _____	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: <i>seizures, concussion, headaches, etc</i> 神经系统: 癫痫, 脑震荡, 常有头痛, 等 신경계: 발작, 뇌진탕, 두통 등			
Musculoskeletal: <i>scoliosis, disabilities, etc.</i> 肌骨骼: 脊柱侧弯, 畸形 근골격계: 척추측만증, 신체장애			
Skin & scalp 皮肤, 头肤 피부 & 두피			
Eyes: <i>visual acuity, color</i> 眼睛: 视力, 色盲 눈: 시력, 색식별			Left 左 좌 Right 右 우
Ears: <i>acuity, aids</i> 耳朵: 听力, 助听器 귀: 보청기 등, 청력			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: <i>irregular pulse, murmur, dysrhythmia, etc.</i> 心脏: 心率不齐, 心脏杂音, 心律失常 심장: 불규칙한 맥박, 심잡음, 부정맥 등			
Anemia 贫血 빈혈			
Lungs: <i>asthma, SOB with activity, restrictions, etc.</i> 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			
General health habits: <i>sleep, dental care, diet, weight</i> 日常保健习惯: 睡, 牙齿保健, 饮食, 营养, 肥胖 일반적인 건강 습관: 수면, 치아관리, 식이, 체중			
Mental/behavioral health: <i>psychiatric dx, developmental level, ADHD, psychosomatic, etc.</i> 精神, 情绪, 行为保健: 心理疾病, 发育程度, 多动症, 等 정신, 감정, 행동건강: 정신의학진단, 발달수준, ADHD, 잦은 위통 등			

Physician-guided action/care plan **must be attached for: asthma, diabetes, and allergies requiring an epi-pen.**

针对哮喘, 糖尿病, 过敏等需要打肾上腺素注射情况, 为了在校照护学生, 请附上医师指导的处理计划
참고: 천식, 당뇨병, 그리고 에피-펜을 필요로 하는 알레르기는 학교에서 관리를 위해 의사의 행동 계획서가 첨부되어야 합니다.

Immunizations reviewed and met minimal requirements Yes 是 예 No 否 아니오

查对疫苗注射符合至少要求 백신검토결과 최소한의 예방접종이 충족되었습니다

Recommendation for Physical Education 医生关于参加体育项目的意见 체육수업에 대한 의사의 권고 :

- This child may participate in all P.E. and athletic programs without restriction Yes 是 예 No 否 아니오
该学生没有任何限制可以参加全部体育课和运动项目 이 학생은 모든 체육수업과 스포츠 행사에 제한없이 참여할 수 있습니다.
- Restrictions needed 需要限制参加 제한사항: _____

Recommendation for follow-up diagnostic testing 后续诊断性检查的意见 후속 진단 검사 권장: _____

If any concerns need clarification, please attach pertinent records to this form. 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. 문제가 있을 경우 이 양식에 관련 기록을 첨부해 주십시오

****IMPORTANT: Tuberculosis screening on the 2nd page must be completed as well.**

****注意: 请填写下一页结核筛查表. 没有它, 这个表格是不完整的. 다음 페이지에 결핵검사표를 완성해 주세요**

Tuberculosis Screening (结核筛查表 결핵 검사)

(Physician or medical practitioner completes this section 由医生完成此页 의사가 작성)

Student Name 学生全名 이름: _____	Yes 有 예	No 无 아니오	Comments 注意事項 소견
Has the student had any of these symptoms recently? 最近, 孩子有过下面的症状吗? 학생이 최근 이런 증상을 보인 적이 있습니까? <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Unexplained weight loss 原因不明的消瘦 원인을 알 수 없는 체중감소 • Cough lasting over 3 weeks 三个星期以上的咳嗽 3 周 이상의 기침 • Coughing up blood 咳血 객혈 • Night sweats, chills 盗汗, 恶寒 야간 발한, 오한 			
In the past year, has the student been around anyone with tuberculosis or the above symptoms? 在过去的一年, 在学生周围是否有结核病患者或有以上症状的人? 지난해, 학생이 결핵에 걸렸거나 위 증상을 보인 사람의 근처에 있었던 적이 있습니까?			
In the past year, has he/she traveled for more than a week to high-risk areas: 在过去的一年, 孩子是否去过一个星期以上结核病高发区旅游? 比如: 지난해, 학생이 다음과 같은 고위험 지역에 일주일 이상 여행한 적이 있습니까? <ul style="list-style-type: none"> • Rural or northwest China 中国的农村或西北地区 중국 시골이나 북서부 • India 印度 인도 • Indonesia 印度尼西亚 인도네시아 • Philippines 菲律宾 필리핀 • African continent 非洲大陆 아프리카 대륙 			
Has the student ever had a positive TB skin test, blood test or chest x-ray? 有注射过 PPD 皮试, TB 抽血检测或胸片检查? 如果有阳性结果请标注? 학생이 양성 PPD 피부 검사, 결핵 혈액 검사 또는 흉부 엑스레이 검사를 받은 적이 있습니까?			

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

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:

학생이 위험요인에 대해 "예" 라고 답한 경우, 학교는 추가 시험을 실시할 것을 권고합니다.

- Mantoux (PPD) skin test: for students who have not received the BCG vaccination
 皮肤测试 (Mantoux/PPD): 用于没接种过卡介疫苗的学生 PPD 피부검사: BCG 접종을 하지 않은 학생용
- IGRA/Quantiferon/T-Spot blood test: for those with BCG vaccination or who do not want the skin test
 血液测试 (IGRA/Quantiferon/T-Spot): 用于接种过卡介疫苗的学生或不愿意接受皮肤测试的学生
 혈액검사((IGRA/Quantiferon/T-Spot): BCG 예방접종을 받은 학생 또는 피부검사를 받지 않는 학생용
- Chest x-ray: only if other forms of testing are unavailable or contraindicated
 胸部 X-光: 仅用于不能进行其他检查或有禁忌的 흉부 엑스레이 검사: 다른 형태의 검사를 할 수 없거나 금지된 경우

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 주세요:

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

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 No 否 아니오

Physician's Signature 医生签字 의사 성명: _____

Printed Name 医生姓名 의사 성명: _____

Phone 电话 전화번호: _____

Email Address 邮箱地址 이메일 주소: _____

Hospital or Clinic Stamp

医院或诊所盖章 진료기관 도장