

**레인 군 소재 학교 학생 (K-12학년) 건강 진단서**  
**Medical Report for Students (Grades K-12) Lane County Schools**  
 상단 부분은 신체 검사 전에 학부모가 작성할 것  
영문 정자로 작성해 주십시오

학교 이름(School to be attending) \_\_\_\_\_ 학년(Grade) \_\_\_\_\_

학생이름 (Student's Name) \_\_\_\_\_ 성별 (Sex) 남(M) 여(F) 생년월일 (DOB) \_\_\_\_\_  
 (성) (명)

주소 (Address) \_\_\_\_\_ 전화(Phone) \_\_\_\_\_

부모/후견인 (Parent/Guardian) \_\_\_\_\_ 의사(Physician) \_\_\_\_\_

학생에 대한 아래 항의 질문에 답해주십시오.

- |                    |                       |                             |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 1. 머리/목 부상         | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 13. 신장 질환                   | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 2. 근육, 뼈 또는 관절 질환  | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 14. 백혈구 증가증                 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 3. 척추 측만증          | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 15. 수두                      | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 4. 실명 혹은 심각한 시각 장애 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 16. 곤충/벌침 과반응               | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 5. 청력 장애           | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 17. 천식                      | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 6. 폐렴              | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 18. 꽃가루병                    | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 7. 탈장              | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 19. 음식물 이상 민감증              | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 8. 당뇨병             | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 20. 피부 이상 민감증               | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 9. 실신              | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 21. 현재 약품 복용 혹은<br>주사 투여 중임 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 10. 간질/발작          | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 22. 수술 받은 적이 있음             | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 11. 연쇄구균 감염        | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 23. 기타 심각한 문제               | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 12. 류머티즘 열         | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |                             |                       |

"네" 라고 답한 항목에 대한 구체적인 사실을 언급해 주십시오. \_\_\_\_\_

행동·신체적·정신적 문제점: \_\_\_\_\_

**DOCTOR'S PHYSICAL EXAMINATION**

Height _____	Vision with glasses/contacts <input type="checkbox"/>	<b>Immunization Summary</b>	Last Dose
Weight _____	Vision without glasses <input type="checkbox"/>		Month/Year      Given Today
Blood Pressure _____	R 20/_____ L 20/_____	Diphtheria	_____
		Whooping cough	_____
		Tetanus	_____
		Polio	_____
		Sabin-oral	_____
		Salk	_____
		Measles (Vaccine)	_____
		Mumps (Vaccine)	_____
		Rubella (Vaccine)	_____
		<b>Chickenpox</b>	_____
		<b>or Date of disease</b>	_____
		Hep B	_____
		Hep A	_____
		<b>Tests</b>	<b>Given Today      Results</b>
		Tuberculin	_____
		Chest X-Ray	_____
		Indicated lab tests	_____
		Urine	_____
		Blood	_____

Significant illness or injuries \_\_\_\_\_

Diagnosis \_\_\_\_\_

I have on this date examined the above student and recommend him/her as being physically able to participate in regularly scheduled physical education classes and complete in the following supervised athletics: BASEBALL, BASKETBALL, CROSS COUNTRY, FIELD HOCKEY, FOOTBALL, GOLF, GYMNASTIC, SKIING, SOCCER, SOFTBALL, SWIMMING, TENNIS, TRACK, VOLLEYBALL, WRESTLING:  
 OTHER \_\_\_\_\_

This student may be permitted weight loss to make a lower weight class in WRESTLING: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_.

If "Yes" may lose \_\_\_\_\_ pounds (Grades 6 -12)

Date \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (Signature of Examining Physician)

NOTE - Physician is licensed by the Oregon State Board of Medical Examiners

Health Services 2008

Form # 147