이 양식은 참고용 입니다. 제출용 기입 양식으로 사용할 수 없습니다.

MONROE COUNTY COMMUNITY SCHOOL CORPORATION – 건강 기록부

학부모/법정 후견인(GUARDIAN) 님께:

본 건강 기록부는 학부모 또는 Guardian 에 의해 작성, 서명되어야만 합니다.
인디아나 주법에 의하면 학교에 출석하고 있는 학생들은 DTP, 소아마비, 홍역, 풍진, 유행성 이하선염에 대한 예방접종을 받아야만 합니다. 또한 유치원 또는 1 학년에 입학하는 학생들은 B 형 간염과 수두 예방접종도 해야만 합니다.

검정 잉크로 작성하여 주십시오.

오늘의 날짜: _____

학생의 법정 이름: _____

생년월일: _____

본 학생은 이전에 MCCSC SCHOOL 에 재적했던 적이 있습니까? _____어디서? _____ 언제? _____

예방접종, 진단, 검사에 관한 기록 - Indiana Public Law (IC 20-34-4-1-7)

예방접종 – 각 예방접종년/월/일 을 자세히 기록하여 주십시오.

예방접종	1 차 접종	2 차 접종	3 차 접종	4 차 접종	5 차 접종	6 차 접종
디프테리아-파상풍-무세포 백일해 (DTaP)						
디프테리아-파상풍-백일해 (DTP)						
소아 디프테리아-파상풍 (DT)						
파상풍-디프테리아-무세포 백일해(Tdap)						
경구용 소아마비 백신 (OPV)						
불활성화 소아마비 백신 (IPV)						
홍역 (Hard Measles, Red Measles, Rubeola)						
유행성 이하선염 (Mumps)						
풍진 (German Measles, 3-day Measles)						
A 형 간염 (Hepatitis A)						
B 형 간염 (Hepatitis B)						
수두 (Chicken-pox)						
폐렴 (Pneumonia)						
수막염 (Meningitis)						

Monroe County Community School Corporation 은 정간호사를 채용하고 있습니다. 정간호사들은, 부모/법정 후견인(Guardian) 또는 담당의사의 상반되는 지시가 없는 한, 치료가 필요하다는 전문가로서의 판단에 의해 아스피린, 아스피린 대용약 또는 다른 치료약등 특별히 의사의 처방전이 필요하지 않은 약을 투여할 수 도 있습니다. 이러한 약물 치료의 경우 투약을 실시하기 전에 학교 간호사는 학생이 투여할 약에 대한 알레르기가 있는지의 여부를 학생에게의 질문을 통해 확인 할 것입니다.

학부모/법정 후견인(Guardian)**의 서명** _____
(학교에서 학생의 치료를 위해서는 반드시 서명이 필요함)

학교 체질 검사 ●——————————● **학교측 사용란**

학년	시력 검사일	결과 / 의견

학년	척추 변형 검사일	결과 / 의견