

Physical Exam Form

学生体检表 신체검사서류

Section A is a summary of the child's medical history recounted with the physician by the parent.

Section B must be filled out by the examining physician.

Please e-mail any questions to the school nurse. Email: nurse@ISQchina.com

Immunization Records: A copy of current vaccinations must be submitted. Students without required vaccinations may not attend classes unless permission is given by the school nurse.

A 부분可以由家长与医生共同填写。此部分是有关孩子医疗情况的记录。

B部分必须由医生填写。如果还有其他关于孩子健康情况需做进一步说明, 请另附一页做说明或者发送邮件至校医处。其邮箱为 nurse@ISQchina.com

免疫证明: ISQ校医了解不同国家有不同免疫接种安排的事实。因此, 下面是我校按照国际卫生组织的推荐所列出的国际通用免疫接种表。

Section A는 지금까지의 자녀의 의료 기록이며, 부모님께서 작성하신 후, 의사 선생님께서 검토해 주셔야 합니다.

Section B는 반드시 의사가 기록해야 합니다. 질문은 학교 간호사에게 이메일을 해주시기 바랍니다.

이메일주소: nurse@ISQchina.com

예방 접종 기록: 자녀의 최근 접종 기록 사본을 반드시 제출하셔야 합니다. 요구되는 예방 접종을 마치지 않은 경우 학교 간호 교사의 특별한 허가없이 출석이 금지될 수 있습니다.

| ISQ uses the World Health Organizations recommendations for immunizations. ISQ 使用世界卫生组织的免疫接种建议。 ISQ 접종 목록은 세계 보건 기구의 권장 내용을 사용 | F & JK 小班&中班 F&JK 반 | Kinder 大班 K 반 | 1 - 5 年级 학년 | 6 - 8 年级 학년 | 9 - 12 年级 학년 |
|--|---------------------------|---------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Required Vaccines: 所需接种的疫苗 요구되는 백신 | Doses 所需剂量 요구량 | | | | |
| Polio* 小儿麻痹*(见备注) 소아마비* | 3-4 | 3-4 | 3-4 | 3-4 | 3-4 |
| Diphtheria, tetanus, pertussis (DTP) 抗白喉, 破伤风及百日咳疫苗(DTP) 디프테리아, 파상풍, 백일해 (DTP) | 3 | 3 | 4 | 4 | 5** |
| Hepatitis B 乙肝疫苗 B형 간염 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Measles 麻疹 홍역 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| Mumps 腮腺炎 볼거리 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| Rubella 风疹 풍진 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Haemophilus Influenzae Type B (Hib) B型嗜血杆菌(Hib) B형 헤모필루스 인플루엔자 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

*Polio: 3 doses for injected vaccines, 4 doses for oral or mixed vaccines. **Grade 9 DTP/TD: the last dose of DTP (or TD) must be given at or after the age of 11.
*小儿麻痹症备注: 3剂量为注射疫苗, 4剂量为口服或混合疫苗。 **抗白喉,破伤风及百日咳疫苗: 最后一剂量的注射时间应在11岁或以后
*9폴리오: 주사 백신은 3도스, 복용이나 혼합 백신은 4도스 **학년DTP/TD: DTP (또는 TD)의 마지막 접종은 11살이나 그 이후여야 함

(Examples of acceptable records: international immunization book, health department records, previous school records)

(校方可接受的复印件有: 国际通用免疫接种记录, 学前接种的记录, 医生开具的证明或者婴儿时期接种的记录册)。 (제출 가능한 기록: 예방접종카드, 위생국 기록, 이전 학교에서의 기록)

Highly recommended (but not required) vaccinations: Hepatitis A, varicella (chicken pox), Japanese encephalitis, rabies

强烈推荐(但不是必须要)接种的疫苗: 甲型肝炎、水痘、乙型脑炎、狂犬病 그외 적극 권장하는 예방 접종들(필수 사항은 아님): A형 간염, 수두, 일본 뇌염, 광견병



International School of Qingdao

No. 26 Tianshui Road

Licang District, Qingdao, Shandong 266041 PR China

青岛MTI国际学校

中国山东省青岛市李沧区天水路26号266041

www.isqchina.com P: (86 532) 8881 5668 F: (86 532) 8881 6792

Parents fill out this page with the physician.

本页面须由医生与家长共同填写完成

의사와 함께 학부모님이 기록하시는 페이지

Full Name 学生姓名 학생이름

Grade 年级 학년

Student Number 学生学号 학생번호

Birth Date (M/D/Y) 出生日期 (月/日/年) 생년월일 (월/일/년)

Gender 性别 성별

Age 年龄 나이

| Section A: Health History 健康史 건강기록 | No 否 아니오 | If yes, state date of illness & concerns during/post illness 如患有此病, 请注明患病时间, 生病情况说明(生病时或病后需要注意的事项等) 예-발병 날짜와 설명 (발병중 혹은 그 이후 염려 사항이 있을시) |
|--|-----------------------|---|
| Chicken Pox 水痘 수두 | | |
| Heart Problems 心脏病 심장문제 | | |
| Scarlet or Rheumatic Fever 猩红热 / 风湿热 성홍열/류마티스성 열 | | |
| Diabetes 糖尿病 당뇨 | | |
| Anemia 贫血 빈혈 | | |
| Seizure 癫痫 발작 | | |
| Respiratory Ailment 呼吸性疾病 호흡기질환 | | |
| Fracture 骨折 골절 | | |
| Surgical procedure 曾做过外科手术 수술경험 | | |
| Parasites 寄生虫 기생충 | | |
| Other (please specify) 其他 (请说明) 기타 (구체적으로) | | |

| | |
|--|--|
| Current Routine Medications 目前例常服用的药物 현재 규칙적으로 복용중인 약 | |
| Specific Allergies (to medication/food/environment...) 有无过敏源 (如有, 请注明过敏的药物 / 食物 / 环境等) 알레르기 (약물/음식/환경등) | |
| Has this child had any of the following symptoms -prolonged fever, unexplained weight loss, persistent cough, coughing blood? 孩子是否有以下症状: 长期发烧、不明原因的体重减轻、持续咳嗽、咳血? 자녀가 다음의 증상을 보인적이 있습니까: 장기간의고열, 원인없는 체중감소, 심한기침, 객혈 | <input type="checkbox"/> Yes 是 예 <input type="checkbox"/> No 否 아니오 |
| Has this child been around anyone sick with Tuberculosis (TB)? 孩子是否接触过肺结核或肺结核病人? 자녀가 결핵을 앓는 이의 주위에 있었던 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> Yes 是 예 <input type="checkbox"/> No 否 아니오 |
| Has this child been around anyone with TB symptoms? 孩子是否接触过患有类似肺结核症状的人? 자녀가 결핵 증상을 보이는 이의 주위에 있었던 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> Yes 是 예 <input type="checkbox"/> No 否 아니오 |
| Has this child been evaluated for TB this past year? 孩子在过去一年里是否感染过肺结核或肺结核病? 자녀가 과거에 결핵 판명을 받은 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> Yes 是 예 <input type="checkbox"/> No 否 아니오 |

Parental Statement: I have communicated all health information for this child, to the best of my knowledge, and have noted or attached any concerns or medications related to any of the above illnesses.

家长声明:上述健康史的所有信息都已与医生确认, 以我所知, 我已将关于上述疾病的疑虑或药物信息都附上。

학부모님 동의란: 저는 제가 아는 자녀의 모든 건강 정보를 전달 하였으며, 위의 질병에 관한 염려 혹은 처방사항을 기록, 첨부하였습니다.

Parent's Name 家长姓名 학부모님 성함

Signature 签字 서명

Date (M/D/Y) 日期 날짜 月/日/年 월/일/년

Only the physician fills out Section B

须由医生填写 B 部分

의사가 기록해야 하는 부분 B

Date of this Examination (M/D/Y) 体检日期 月/日/年 검사일자 월/일/년 _____ / _____ / _____

| | | |
|--|-------------------|-------------------|
| Vital Signs 生命体征: 맥박측정 _____, _____, _____, _____ | Height 身高 신장 (cm) | Weight 体重 체중 (kg) |
|--|-------------------|-------------------|

| Section B: Examination 검사 검사 | Normal 정상 정상 | Abnormal 反常 비정상 | Comments / Medications / Recommended Follow up 注意事项/评论/用药/后续治疗建议 소견/ 처방/ 조치 |
|---|--------------------|-----------------------|---|
| General Nutrition/Health Habits 营养状况/健康习惯 영양상태/ 생활습관 | | | |
| Skin & Scalp 皮肤&头皮健康 피부&두피 | | | |
| Eyes: Visual Acuity 眼睛: 视敏度 시력 | | | Wears Glasses 佩戴框架眼镜 안경착용 <input type="checkbox"/> Yes 是 예 <input type="checkbox"/> No 否 아니오 Wears Contacts 佩戴隐形眼镜 렌즈착용 <input type="checkbox"/> Yes 是 예 <input type="checkbox"/> No 否 아니오 Right: 左眼 우측 Left: 右眼 좌측 |
| Color Vision 色觉/辨色力 색식별 | | | |
| Ears: Auditory Acuity 听觉: 听觉敏锐度 청력 | | | Wears Hearing Aids 佩戴助听器 보청기착용 <input type="checkbox"/> Yes 是 예 <input type="checkbox"/> No 否 아니오 |
| Speech 发音 언어 능력 | | | |
| Nose, Throat 鼻子及喉咙 외비, 인후 | | | |
| Mouth, Teeth 嘴及牙齿 구강, 치아 | | | |
| Glands, Thyroid 腺体及甲状腺 분비선, 갑상선 | | | |
| Neurological System 神经系统 신경체계 | | | Please note seizures 请注意发作 발작 관련 소견 |
| Heart 心脏 심장 | | | Irregular Pulse 心律不齐 불규칙 맥박 <input type="checkbox"/> Yes 是 예 <input type="checkbox"/> No 否 아니오 Heart Murmur 心脏杂音 심장잡음 <input type="checkbox"/> Yes 是 예 <input type="checkbox"/> No 否 아니오 |
| Lungs 肺部 폐 | | | For asthma, please attach an Asthma Action Plan. 如果孩子有哮喘, 请随附哮喘护理计划 천식인 경우, 천식 조치 방안을 적어주세요 |
| Tuberculosis Screening 结核病筛查 결핵 검사 | | | Blood test, PPD, or chest xray required? <input type="checkbox"/> Yes 是 예 <input type="checkbox"/> No 否 아니오 是否需要进一步检测? 如血液测试, 皮试或者胸透? 피검사, 결핵피부반응검사 요구, 엑스레이검사가 요구되니까? |
| Abdomen 腹部 복부 | | | |
| Orthopedic 畸形矫正 골격정형 | | | Please note any disability 请注意任何残疾 신체적 장애 소견 |
| Mental Health/Cognition 精神健康/认知能力 정신건강 / 인지능력 | | | |

No laboratory tests are required in this exam unless the physician specifically requests them.

除非医生特别要求, 则不需要做任何其他体检。의사가 특별히 요구하지 않는한, 정밀 검사는 요구되지 않습니다.

Student Immunization History 学生免疫史 학생 예방 접종 기록

A copy of the immunization record for this student is attached.

Yes 是 예 No 否 아니오

此学生的免疫记录已附在体检表上. 이 학생의 예방 접종 기록 사본을 본 신체 검사 서류에 첨부하였습니다.

Doctor, please confirm that you have viewed a current immunization record for this student.

Yes 是 예 No 否 아니오

医生,请您确认您已阅读过该学生的免疫记录. 선생님, 학생의 최신 예방 접종 기록을 확인해 주시기 바랍니다.

Physician recommendation for follow-up testing: 医生关于后续检查的意见: 후속 진단 검사를 위한 의사의 권장 사항:

Other lab tests are needed at this time? 还需要其他测试. 현재 다른 검사가 필요합니다.

Yes 是 예 No 否 아니오

If yes, name the tests and why: 若有, 请说明测试的内容及原因: 만약 그렇다면, 검사 종류와 그 이유:

Physical Activities and Sports Permission 医生关于该学生参加体育项目的意见 신체 활동과 스포츠 허가 사항

This child may participate in all physical activities/athletic programs without restriction.

Yes 是 예 No 否 아니오

该学生可以参加任何形式的体育项目. 학생은 모든 신체 활동과 스포츠 행사에 제한 없이 참가할 수 있습니다.

If no, name the restrictions needed: 需禁止参加的项目有: 아니라면, 제한사항을 적어주세요:

In my opinion, this student is free of any communicable disease & may be admitted to school.

Yes 是 예 No 否 아니오

我认为该学生无任何传染性疾病, 可以进入学校学习. 이 학생은 전염병을 보유하고 있지 않으며, 학교에 입학할 수 있습니다.

Additional Comments: 备注: 추가소견:

Examining Physician 医生姓名 주치의 성명

Signature 医生签名 서명

Phone 电话 전화번호

Email Address 电子邮箱地址 이메일주소

Date 日期 날짜

Hospital or Clinic Chop/Stamp:

医院或诊所名称并盖章: 병원 / 진료기관 도장: