

Student Medical Report

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.

The Student Medical History is completed online by parents in the school's PowerSchool system. 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 2) provides a list of immunizations required by our school as recommended by the World Health Organization.

The Student Physical Exam (pages 3&4) 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**学生健康报告(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) 家长可直接在学校 PowerSchool 上完成填写。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 2 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 Physical Exam)第 3-4 页部分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体检报告，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.

학생병력기록 (Student Medical History) 부분은 학부모님께서 파워스쿨 시스템 상에서 온라인으로 기입하시면 됩니다. 어떤 질병에 관계된 특별한 염려가 있다면 적어서 알려 주시고, 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, 2 쪽)부분에 있는 예방주사 목록은 세계보건기구(WHO)에서 권장하는 것을 근거로 본교에서 요구하는 예방접종입니다.

학생건강검사(Student Physical Exam, 3-4 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 보건실로 문의하여 주십시오.

Immunization Record 疫苗接种记录 예방접종기록

1. Attach a copy of original vaccination records.

请附上疫苗记录复印件 예방접종 기록 사본을 첨부해 주십시오.

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 주십시오.

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 주십시오.

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 디티피(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) • Measles 麻疹 • Rubella 风疹 • Mumps 腮腺炎 • MMR (3-in1) 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 (circle type) 流行性脑膜炎 뇌척수막염	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 for teenagers (Tdap or TD) is not available in mainland China.**

Please make plans to obtain this vaccine while traveling outside China.

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

**중국에서는 십대 학생들의 파상풍 추가접종 (Tdap 또는 TD) 이 불가합니다.

고국 방문 시 혹은 중국 이외의 다른 지역에서의 이 예방 접종 계획을 세워 주십시오.

Student Physical Examination 学生体检表 학생건강검사

- **Physician or medical practitioner completes this section. 由医生完成此页 의사가 작성**
- **No diagnostic or laboratory testing needed unless physician has a specific concern. 除非医生建议, 否则无需诊断或实验室检查/의사의 특별한 우려가 없으면 진단 또는 실험실 검사가 필요하지 않음.**

Date of exam 体检日 검사일: _____ 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 (signs/symptoms) 贫血 (体征/症状) 빈혈 (징후 / 증상)			
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: 睡眠, 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 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.

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

For concerns needing 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: 请一定要填写完成下一页结核筛查表. 다음 페이지의 결핵검사표를 반드시 완성해 주십시오.**

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 注意事项 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 주 이상의 기침 • Coughing up blood 咳血 객혈 • Night sweats, chills 盗汗, 恶寒 야간 발한, 오한 			
Within the last 12 months, has the student been around anyone with tuberculosis or the above symptoms? 在过去的 12 个月之内, 在学生周围是否有结核病患者或有以上症状的人? 지난 12 개월 이내에, 학생이 결핵에 걸렸거나 위 증상을 보인 사람의 근처에 있었던 적이 있습니까?			
Within the last 12 months, has he/she traveled for more than a week to high-risk areas, which may include: 在过去的 12 个月之内, 学生是否去过一个星期以上结核病高发区旅游? 比如: 지난 12 개월 이내에, 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 농촌이나 북서부 • Indonesia 印度尼西亚 인도네시아 • Philippines 菲律宾 필리핀 • African continent 非洲大陆 아프리카 대륙 • India 印度 인도 			

If the student answers "yes" to any of the above 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 the student has ever had a positive TB skin test, blood test or chest x-ray, please record treatment received.

如过去 PPD 皮试, TB 抽血检测或胸片检查结果显示有阳性的, 请把接受治疗情况写下来。(如无, 请忽视这一条)

만약 학생이 양성 PPD 피부 검사, 결핵 혈액 검사 또는 흉부 엑스레이 검사를 받은 적이 있다면 처리 경과를 기록해 주십시오.

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 주십시오:

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 서명: _____

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
