

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS**학생 기록카드 6**

Maryland State Department of Education (MSDE)
 Maryland Department of Health(MDH)
 MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)
 Rockville, Maryland

MARYLAND 학교 신체검사 기록

학부모 또는 후견인께 :

Maryland주의 공립학교에 입학하기 위해서는 다음 요건을 충족해야 합니다:

- 자격증을 소지한 의료인이 제공하는 건강검진을 학교에 입학하기 9개월 이내 또는 입학 후 6개월 이내에 받아야 합니다. Maryland State Department of Education과 Maryland Department of Health Maryland가 지정한 건강검진양식을 사용하여야만 합니다.
- 아동기의 전염성이 있는 질병의 예방접종을 모두 받았다는 증명을 프리스쿨-12학년 학생 모두가 의무적으로 제출해야 합니다. 새로 등록하는 학생은 Department of Health and Human Services 또는 학교를 통해 메릴랜드주 예방접종 기록(Maryland Immunization Certificate) 양식을 받을 수 있습니다. 지정된 예방접종을 마친 후, 이 양식에 기재하여 학교에 등록하기 전에 제출해야 합니다. (MDH 896 양식).
- 위험하다고 지정된 지역에 거주하거나 프리킨더가든, 킨더가든, 1학년으로 메디케이드(Medicaid) 대상이며 2015년 1월 1일 및 1월 1일 이후에 출생한 모든 아동은 혈액 내의 납 성분 검사를 받았다는 증명이 있어야 합니다. Maryland Department of Health and Mental Hygiene의 혈액 내의 납 성분 검사 증명서 (Blood Lead Testing Certificate-DHMH 4620)(또는 자격증을 소지한 의료인이 서명 및 제공한 서류)를 이 요건을 충족하기 위해 사용해야 합니다.

예방접종 면제는 학생 또는 학생 가족의 종교적인 신념에 상반될 경우 승인이 됩니다만 학부모/후견인이 서명한 MDH Form 896을 제출해야 합니다. 자격증이 있는 의료담당자가 의료적인 이유로 예방접종을 받을 수 없다고 증명할 경우, 학생은 예방접종을 면제받을 수 있습니다. 혈액채취 검사는 가족의 종교적 신념이나 관례에 위반될 경우, 면제될 수 있습니다. 혈액채취 검사 증명서(Blood-Lead Testing certificate)는 자격증이 있는 의료담당자가 질문지에 명시하고 서명을 해야만 합니다.

이 양식의 건강 정보는 보건담당자와 교육담당자가 적절히 자녀의 교육적인 필요가 있다고 생각될 경우에만 볼 수 있습니다.

여러분 자녀가 받는 교육에서 좋은 결과를 얻기 위해서 다음 1부의 건강검진양식을 작성해 주세요. 2부는 자격증이 있는 의료담당자가 작성하거나 학생의 건강검진 결과를 이 양식에 부착해야 합니다. 자녀가 학교에서 약 복용이나 처방이 필요할 경우, 각 약과 처방에 하나씩, 자격증이 있는 의료담당자가 작성한 약처방 또는 처방양식을 각각 작성해야 합니다. 이 양식은 자녀의 학교에서 받으시거나 온라인 (Montgomery County Public Schools-MCPS 웹사이트) 을 통해 받을 수 있습니다. www.montgomeryschoolsmd.org: MCPS Form 525-12, 처방전 약 투약 허가서 제공과 면책권 동의서(Authorization to Provide Medically Prescribed Treatment, Release and Indemnification Agreement), MCPS Form 525-13, 투약허가서, 제공과 면책권 동의서 (Authorization to Administer Prescribed Medication, Release and Indemnification Agreement), MCPS Form 525-14, 아나필락시스 진단받은 학생의 관리를 위한 응급처치: 에피네프린 자동 주사의 발주와 보증에 관한 동의(Emergency Care for the Management of a Student with a Diagnosis of Anaphylaxis: Release and Indemnification Agreement for Epinephrine Auto Injector) 자격증이 있는 의료담당자가 없거나 자녀가 특별한 개별 건강과정이 필요할 경우, 학교장이나 학교 양호 담당교사에게 연락하십시오.

건강검진양식을 작성하여 자녀 학교에 가능한 한 빨리 제출하십시오.

1부 학생 건강 사정-건강 종합 평가		학부모/후견인이 작성해야 합니다.		MCPS 학생번호
학생 이름 (성, 이름, 중간 이름 이니셜) (불리기 원하는 이름)	생일 (월/일/년)	학교 이름		학년
주소 (번호, 스트리트, 시, 주, zip코드) 전화번호				
학부모/후견인 이름				
정기검진을 받는 병원은 어디입니까? 이름:		주소:		전화번호
최근 받은 신체검사는 언제입니까?		월/mo 년/year		
최근 받은 치과검진은 언제입니까?		월/mo 년/year		
다니는 치과는 어디입니까? 이름:		주소:		전화번호

학생의 건강 평가			
아는 한에서 자녀에게 다음 중의 문제가 있습니까? 아래의 '예', '아니요' 중 하나에 표시해 주세요.			
	예	아니요	의견
아나필락시스 또는 심각한 알레르기 반응			
알레르기 (음식, 벌레, 약, 라텍스)			
알레르기 (계절성)			
천식 또는 호흡계 문제			
행동/태도 또는 정서적 문제			
선천적 결손증			
출혈문제			
뇌성마비			
치아 문제			
당뇨			
섭취 문제			
귀, 청각 문제 또는 난청이나 청각장애			
눈이나 시각장애			
두부외상			
심장문제			
입원 (언제, 어디, 이유)			
납중독/노출			
학습장애/장애			
제한적인 신체활동			
뇌막염/수막염			
미숙아			
방광문제			
장 등 배변문제			
기침문제			
간질			
경상적혈구병			
언어문제			
수술			
기타			
약을 복용합니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 '예'의 경우, 약 이름: _____			
학교에서 약을 복용해야 합니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 '예'의 경우, 약 이름: _____			
비상시 학교에서 약복용이 필요합니까? (에피네프린 자동주사/epinephrine auto-injectors, 흡입기/inhalers, 글루카곤/glucagon, 디아스테드/Diastat, 연무상 약물/nebulized medication 등) <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 '예'의 경우 적어주세요. _____			
자녀가 학교에서 특정 조치를 받아야 합니까? (예: G 관식/G-tube feedings, 도뇨관,카테터/catheterizations 등) <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 '예'의 경우 적어주세요. _____			
학부모/후견인 서명			날짜

PART II SCHOOL HEALTH ASSESSMENT To be completed ONLY by authorized health care provider		MCPS ID#	
Student's Name (Last, First, Middle) (Preferred Name)	Birthdate (Mo., Day, Yr.)	Name of School	Grade
1. Does the child have a diagnosed medical condition? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____			
2. Does the child have a health condition which may require EMERGENCY ACTION while at school? (e.g., seizure, severe allergic reaction/anaphylaxis to food or insect sting, asthma, bleeding problem, diabetes, heart problem, or other problem) If yes, please DESCRIBE. Additionally, please work with the school nurse to develop an emergency plan. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____			
3. Are there any abnormal findings on evaluation for concern? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____			

EVALUATION FINDINGS/CONCERNS						
PHYSICAL EXAM	WNL	ABNL	Area of Concern	HEALTH AREA OF CONCERN	Yes	No
Head				Attention Deficit/Hyperactivity		
Eyes				Behavior/Adjustment		
ENT				Development		
Dental				Hearing		
Respiratory				Immunodeficiency		
Cardiac				Lead Exposure/Elevated Lead		
GI				Learning Disabilities/Problems		
GU				Mobility		
Musculoskeletal/Orthopedic				Nutrition		
Neurological				Physical Illness/Impairment		
Skin				Psychosocial		
Endocrine				Speech/Language		
Psychosocial				Vision		
				Other		

REMARKS: (Please explain any abnormal findings/health concerns.)

4. **RECORD OF IMMUNIZATIONS:** MDH 896 is required to be completed and attached by an authorized health care provider **or** a computer generated immunization record must be provided.

5. Is the child on medication? If yes, indicate medication and diagnosis. No Yes

(MCPS Form 525-13, Authorization to Administer Prescribed Medication, Release and Indemnification Agreement and/or MCPS Form 525-14, Emergency Care for the Management of a Student with a Diagnosis of Anaphylaxis, Release and Indemnification Agreement for Epinephrine Auto Injector, must be completed for medication administration in school).

6. Will the child require medically provided treatments, such as urinary catheterization, tracheostomy, gastrostomy feedings, and oral suctioning? No Yes If yes, MCPS Form 525-12, Authorization to Provide Medically Prescribed Treatment, Release and Indemnification Agreement, must be completed.

7. Should there be any restriction of physical activity in school? If yes, specify nature and duration of restriction. No Yes
MCPS Form 345-22 may be completed.

8. Screenings	Results/Date Taken	Comments
Tuberculin Test (PPD, QFT, Questionnaire)		
Blood Pressure/Heart Rate		
Height		
Weight		
BMI %tile		
Blood Lead Testing (DHMH 4620)		
Hemoglobin/Hematocrit		

PART II SCHOOL HEALTH ASSESSMENT (continued)
To be completed ONLY by authorized health care provider

(Student Name) _____ has had a complete physical examination and has:

No evident problem that may affect learning or full school participation Problems noted above

Additional Comments:

Name of Authorized Health Care Provider (Type or Print)	Phone No.	Authorized Health Care Provider Signature	Date
---	-----------	---	------