

Los Angeles School District  
Medical Services Division  
DISTRICT NURSING SERVICES

PARENT QUESTIONNAIRE FOR A STUDENT WITH SEIZURE  
발작 증상이 있는 학생에 관한 학부모 설문조사

Contact Information – 연락처 정보

Student Name   학생 이름	Date of Birth   생년월일	Sex   성별	Date   날짜
School   학교	Grade   학년	Classroom/Teacher   학급/교사	
Parent/Guardian   학부모/보호자	Home Telephone   집 전화번호	Cell phone   휴대폰 번호	
Other Emergency Contact   기타 비상 연락처	Home Telephone   집 전화번호	Cell phone   휴대폰 번호	
Licensed Healthcare Provider   면허를 받은 의료서비스 제공자	Telephone   전화번호	Address   주소	
Student's Neurologist   담당 신경과 의사	Telephone   전화번호	Address   주소	

**Significant Medical History or Conditions | 주요 병력 또는 질환**

Seizure Information | 발작에 관한 정보

1. When was your child diagnosed with seizure or epilepsy? | 자녀가 발작 또는 간질 진단을 받은 시기는 언제인가요?

\_\_\_\_\_

2. List Seizure types | 발작 유형 목록

Seizure Type   발작 유형	Duration   지속 기간	Frequency   빈도	Description   설명

3. What might trigger a seizure in your child? | 자녀가 발작을 일으키는 요인은 무엇인가요?

\_\_\_\_\_

4. Are there any warnings and/or behavior changes before the seizure occurs? | 발작이 일어나기 전에 어떤 조짐 및/또는 행동 변화가 있나요?

\_\_\_\_\_

5. When was your child's last seizure? | 자녀가 마지막으로 발작한 시기는 언제인가요?

\_\_\_\_\_

6. Has your child been to the emergency room due to seizures? | 발작으로 인해 자녀가 응급실에 간 적이 있나요?

\_\_\_\_\_

7. Has your child been hospitalized overnight for seizure? | 발작으로 인해 자녀는 밤새 입원한 적이 있나요?

\_\_\_\_\_

8. How does your child react after a seizure? | 발작 후에 자녀는 어떻게 반응하나요?

\_\_\_\_\_

9. Describe what you do when your child has a seizure at home? | 자녀가 집에서 발작을 일으켰을 때 어떤 조치를 하는지 설명해 주십시오.

\_\_\_\_\_

**Seizure Emergencies | 발작으로 인한 응급 상황**

10. Describe what constitutes an emergency for your child? (Answer may require consultation with treating physician and school nurse)  
어떤 경우에 자녀가 위급한 상황인지 설명해 주십시오. (이 질문에 답하기 위해서는 응급 처치 담당 의사 및 학교 간호사와 상담해야 할 수도 있음)

\_\_\_\_\_

11. Has your child ever been hospitalized for continuous seizures? \_\_\_\_Yes\_\_\_\_No  
자녀가 지속적인 발작으로 인해 입원한 적이 있나요? \_\_\_\_\_에 \_\_\_\_\_아니오

If yes, explain: | 입원한 적이 있다면 설명해 주십시오:

\_\_\_\_\_

**Daily Seizure Medication and Treatment Information | 매일 복용하는 발작 약 및 치료 정보**

Medication   약물	Date Started   시작일	Dosage   복용량	Frequency/Time 빈도/시간	Possible Side Effects 발생 가능한 부작용

**Emergency Seizure /Rescue Medication/ Treatment | 위급 발작 / 구조 약물 / 치료**

Medication/Treatment 약물/치료	Dosage   복용량	Administration Instruction 복용/투여 방법	What to Do After Administration 복용/투여 후 해야 할 일

12. What is the usual behavior after your child has received Diastat? | Diastat을 받은 후 자녀는 보통 어떤 행동을 보이나요?  
Describe | 설명 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. My child has restrictions in following school related activities. Explain all that applies: | 저희 아이는 학교에서 다음과 같은 활동을 하는 데 제약이 있습니다. 해당 사항을 전부 설명해 주십시오:

\_\_\_\_\_

14. Additional information that you want us to know regarding your child: | 자녀에 관해 알리고 싶은 추가 정보:

\_\_\_\_\_

Parent will inform the school of any changes in child's health status, medication or change of healthcare provider.

학부모는 자녀의 건강 상태가 달라지거나 약물 또는 의료서비스 제공자가 바뀌는 경우에 학교에 통보해야 합니다.

Essential information may be shared with classroom teacher and other appropriate school personnel.

필수 정보는 학급 교사 및 기타 적합한 학교 직원과 공유할 수 있습니다.

Parent/Guardian | 학부모/보호자 \_\_\_\_\_ Date | 날짜 \_\_\_\_\_