

현장체험학습 개인 건강 기록서 (Field Trip Personal Health History Form)

이 양식은 현장체험학습에 참여하는 학생의 부모/보호자가 작성해야 하며, 한 학년도 동안 유효합니다. 건강 문제가 확인된 학생의 경우, 이 양식은 더 자주 업데이트되어야 할 수 있습니다. 현재 학년도 중 다른 현장체험학습에 대비하여 학생의 건강 상태에 변동이 있을 경우, 학부모/보호자가 학교 간호사에게 해당 사항을 알릴 책임이 있습니다.

A. 학생 정보			
학생 이름:	생년월일:	성별:	학년:
담임 교사 이름:	학교 이름:		
B. 학부모/보호자 정보			
학부모/보호자 이름:	집 전화번호:	휴대 전화번호:	
직장 전화번호:	이메일 주소:		
C. 비상 연락처 정보 (학부모/보호자 외)			
비상 연락처 이름:	휴대 전화번호:	기타 전화번호:	
관계:	이메일 주소:		
D. 학생 교육 정보			
해당 학생은 현재 학교에서 개별교육계획(IEP)을 가지고 있습니까?		<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
해당 학생은 현재 학교에서 섹션 504 계획을 가지고 있습니까?		<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
E. 해당 학생은 알레르기가 있습니까? 있다면 해당 사항 모두에 체크해 주십시오		<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
<input type="checkbox"/> 음식 알레르기 (해당 음식 및 반응 설명): _____ _____ _____			
<input type="checkbox"/> 약물 알레르기 (해당 약물 및 반응 설명): _____ _____ _____			
<input type="checkbox"/> 곤충 물림/쏘임 알레르기 (반응 설명): _____ _____ _____			
<input type="checkbox"/> 계절성 알레르기 (설명): _____ _____ _____			
<input type="checkbox"/> 기타 (설명): _____ _____ _____			
<input checked="" type="checkbox"/> 자녀가 알레르기 약을 복용합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 복용/처방받은 약이 있다면 이름을 적어주십시오: _____ _____			

