

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

이 양식은 현장 학습(field trip)에 참여하는 학생의 학부모/보호자가 작성해야 하며, 한 학년도 동안 유효합니다. 건강 문제가 확인된 학생의 경우, 이 양식은 더 자주 업데이트되어야 할 수도 있습니다. 또한, 학부모/보호자는 해당 학년도 중 향후 현장학습 전에 학생의 건강 상태에 변화가 있을 경우 학교 간호사에게 반드시 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: _____ _____ _____			

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

F. 학생에게 현재 건강상의 문제가 있습니까? 있다면 해당 사항 모두에 체크해 주십시오: 예 아니요

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 천식 | <input type="checkbox"/> 근골격계 질환 |
| <input type="checkbox"/> 출혈성 질환 | <input type="checkbox"/> 간질/경련성 질환 |
| <input type="checkbox"/> 변비 | <input type="checkbox"/> 안경/콘택트렌즈 착용 |
| <input type="checkbox"/> 당뇨 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |
| <input type="checkbox"/> 정서적/심리적 질환 | <input type="checkbox"/> 특수 신체적 건강관리 절차 (해당될 경우, 건강관리 절차의 유형을 기입해 주십시오: _____) |
| <input type="checkbox"/> 심장 결함/질환 | |

위에 표시한 질환에 대해 설명해 주십시오: _____

❖ 학생에게 신체적 제한이 있습니까? 예 아니요:
 ❖ 있다면, 설명해 주십시오: _____

❖ 학생에게 식이 제한이 있습니까? 예 아니요:
 있다면, 설명해 주십시오: _____

G. 약 복용

학생이 현장체험학습 중 약을 복용해야 합니까? 해당될 경우, 아래 1, 2, 3번을 참고해 주십시오. 예^{#1, 2, 3} 아니요
학교 간호사와 상담해 주시기 바랍니다.

1. 숙박형 현장체험학습 중 일반의약품 복용하기 위해서는, 보호자 서명 동의서와 면허가 있는 의료인의 서면 처방이 포함된 **숙박형 현장체험학습 중 복용할 일반의약품 사전 승인 요청서**를 작성하여 제출해야 합니다.
2. 처방약 또는 위 요청서에 명시되지 않은 일반의약품을 복용하기 위해서는 **학교 시간 중 복용할 약물 요청서**가 필요하며, 보호자 서명 동의서와 면허가 있는 의료인의 서면 처방이 포함되어야 합니다.
3. **학교 시간 중 복용할 약물 요청서** 및/또는 **숙박형 현장체험학습 중 복용할 일반의약품 사전 승인 요청서**는 보호자와 면허가 있는 의료인의 서명과 함께 **출발 최소 7일 전까지** 학교에 제출되어야 합니다.

의료 응급 상황이 발생할 경우, 911/응급 의료 서비스에 연락하여 학생을 가장 가까운 의료 시설로 이송합니다.

H. 추가 건강 정보

학생에 대한 추가 건강 정보를 기입해 주십시오. _____

I. 학부모/보호자 동의

본인은 이 문서에 포함된 정보가 본인의 지식에 근거하여 사실이며 정확함을 확인하며, 학생의 건강 상태에 변화가 있을 경우 학교 간호사에게 통보할 것에 동의합니다.

 학부모/보호자 서명 _____ 날짜