

All information must be provide according to student actual medical records 所有信息必须按学生的真实医疗记录填写 모든 사항은 학생의 실제 의료기록에 따라 표기되어야 합니다.

Student Name: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_  
 学生姓名/학생이름 Last/姓/성 First/名字/이름 Middle 性别/성별

Birthplace: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_ Citizenship: \_\_\_\_\_  
 出生地/출생지 생년월일 国籍/국적

Parent or Guardian: \_\_\_\_\_ Phone(H): \_\_\_\_\_ Phone(O): \_\_\_\_\_  
 父母或监护人姓名 电话(家) 电话(办公室)  
 부모 또는 보호자 성명 전화(집) 전화(사무실)

Parent, please fill in all the information on the front of the page, then have your physician complete the school entry physical examination on the back.  
 学生家长请将下列正面大框格内资料填写, 然后请您的医生填写后面大框格内的资料.  
 학부모님께서 먼저 앞면을 작성한 후, 담당 의사가 뒷면의 신체 검사표를 작성.

Blood Type 血型/혈액형	Immunizations 疫苗 예방접종	Month/Year				
	*Polio/ 小儿麻疹 / 소아마비	/	/	/	/	/
Has your child had: Yes No 您的小孩曾患有 是 否 자녀가 앓은 병 에 아니오	*DPT/DT(Booster every 10 years) 破伤风, 白喉, 百日咳 / 白喉 파상풍, 디프테리아, 백일해 / 디프테리아, 파상풍	/	/	/	/	/
	*Most Recent Tetanus Booster (booster to be updated every 10 years)	/	/	/	/	/
Chickenpox <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水痘/수두	破伤风针剂 / 파상풍 최종 접종일	/	/	/	/	/
Measles <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 麻疹/홍역	Hepatitis A/ 甲肝 / A 형간염	/	/	/	/	/
Mumps <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腮腺炎/이하선염	*Hepatitis B/ 乙肝 / B 형간염	/	/	/	/	/
German Measles <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 德国麻疹/독일홍역	BCG / 卡介苗 / 비씨지	/	*Last TB Skin Test Result (if no BCG) 最后一剂 / 结果(如果没有 BCG) 최종 결핵 피부 검사 / 결과(BCG 미접종시)			/
*Required for school (See Parent/Student Handbook) 校方要求(请参阅家长, 学生手册) *표는 필수 표기사항입니다.(학부모/학생 핸드북참고)						

### HEALTH HISTORY Check Yes or No, and give details for all "Yes" answers.

病例史 请选出下列是, 否。如是“是”, 请在下列空白处回答  
 병력 아래에 예, 아니오를 표시하고 “예” 일 경우에는 아래 공간에 상세하게 적어주세요.

Has your child had: 你的小孩曾患有: 자녀에게 아래의 질병이 있었는가?:	Y 是 예	N 否 아니오
1. Tuberculosis?/肺结核/폐결핵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hepatitis?/肝炎/간염	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Head injury?/头部受损伤/머리부상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Asthma?/气喘/천식	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Convulsions?/痉挛症/경련증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hernia?/疝气/탈장	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Heart Murmur?/心跳杂音/심장질환	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Operation?/手术开刀/수술	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hospitalization?/住院治疗/입원치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Allergies?(List)/过敏症(列出过敏物质) /알러지를 일으키는 음식 또는 물	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fainting or chest pain while exercising?/当运动时会晕倒或胸口痛/운동시 현기증 또는 가슴통증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. A family member suddenly die of heart disease?/家属人员曾因心脏疾病突然死亡/가족중 심장 질환으로 돌연 사망	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Regular medication?(List)/定期医药医疗(列出) /정규적인 복용약물(열거)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

By signing this form, I acknowledge that all above information is accurate according to medical records 我签字确认上述所有信息皆与医疗记录相符 아래에 서명함으로써, 위의 사실이 의료기록에 근거한 정확한 정보임을 인정합니다.

Parent's Name (Print)

Parent's Signature

Date

All information is required for all students 每个学生都需填写全部内容 모든 학생 표기 요망

<b>SCHOOL ENTRY PHYSICAL EXAMINATION (To be completed by personal physician.)</b> 入学体检 (由医生填写) / 입학신체검사(의사 기록란)											
Date _____		Age _____		Grade _____		Height _____ cm		Weight _____ kg		BP _____	
日期/날짜		年龄/나이		年级/학년		身高/키		体重/몸무게		血压/혈압	
<b>Physical Assessment 体检</b>											
Circle - for normal. + for abnormal; describe abnormalities to the right. 正常请圈出 -, 异常请圈出 +; 并在右边空格处说明. 정상이면 -에 동그라미, 비정상이면 +에 동그라미; 빈칸에 설명해 주시오.											
Skin/Scalp 皮肤/头部皮肤 피부/머리피부		-	+					Heart 心脏/심장		-	+
Vision 视力/시력		-	+					Lungs 肺/폐		-	+
ENT 耳鼻喉/이비인후		-	+					Hernia 疝气/탈장		-	+
Hearing 听力/청력		-	+					Nervous System 神经系统 신경계통		-	+
Spine(Scoliosis) 脊柱/척추		-	+					Orthopedic 整形/정형외과		-	+
Other Findings/其它/기타											
UA/尿常规/노액 :			Protein/蛋白质/단백질:				Sugar /糖/포도당 :				
Student may start school: Yes/No 学生身体状况可以在学校读书: 是/否 학생이 학교를 시작할 수 있는가: 예/아니오											
Student may play school sports: Yes/No Any limitations? Yes/No 是/否 学生可以参加学校的体育活动: 是/否 有无限制? 학생이 학교체육활동에 참가 할 수 있는가: 예/아니오 어려움이 있는가?											
Physician's Signature : 医生签字/의사 서명:					Phone/ 电话/전화:						
Address/地址/주소											

<b>SCHOOL SCREENING EXAMS (For school use only.)</b> 校体检 (仅供学校使用) 학교신체검사표(학교에서만 사용)						Color vision: Normal /Abnormal 色盲: 正常/异常 색맹: 정상/비정상			
						Visual Acuity 视力/시력		Audiometry 听力/청력	
Date 日期/날짜	Grade 年级/학년	Age 年龄/나이	Ht 身高/키	Wt 体重/몸무게	BP	Right 右/우	Left 左/좌	Right 右/우	Left 左/좌
						20/	20/		
						20/	20/		

Additional Notes/注释/그 외 의견: