

Prince William 카운티 공립학교
학교 보건 서비스
학교에서 학부모/보호자에게 보낸 학령 아동의 신체 평가 통보

날짜: _____

학생 이름 _____ 성별: 남 _____ 여 _____

학교 _____ 학년 _____

학부모/보호자 _____

주소 _____

주치의 _____ 전화번호 _____

자녀의 해당 담당자와 상담하기 바랍니다 □ 의사, □ 안과 의사, □ 치과 의사

학교 검토에 따르면 아래 표시된 항목에 특별한 주의가 필요할 수 있습니다:

- 체중 인후 면역
- 치아 언어 디프테리아/백일해/파상풍 소아마비
- 시력 자세 홍역 수두
- 청력 피부 B형 간염 1__2__3__
- 기타: _____ 결핵 피부 반응 검사 (PPD)

신체 검사 및/또는 추후 예방 접종은 자녀가 주법을 준수하는 것입니다.

검사가 완료되면 신체 검사관이 양식 뒷면에 판명된 내용과 권장 사항을 기입하여 학교에 제출합니다. 학교 보건 프로그램에 대한 귀하의 협조에 감사드립니다.

학교 간호사/피지명인: _____

참고 사항: 요구된 신체 검사 또는 예방 접종을 _____ (날짜)까지 완료하지 않은 경우 학교에서 배제되는 결과를 야기합니다.

Prince William 카운티 공립학교
학교 보건 서비스

받는 사람: 의료 제공자

작성된 양식이 학교 간호사에게 제출될 수 있도록 학부모에게 전달합니다.

*판명 및 권고 (내용을 기술합니다):

결함(들) 교정 _____ 치료 중 _____

서명: _____ 전문 학위: _____
(제공자 서명)

날짜: _____

* 참고: 교정 및 권장 사항은 학생의 누적 건강 기록에 보관됩니다.