

(참고: 이 양식은 의료인을 만나기 전에 환자 및 학부모가 작성하여야 합니다. 의료인은 학생 의료 파일에 이 양식을 보관하여야 합니다. 이 양식은 체육부에 다시 제출하지 않습니다.)

검사 날짜				생년월일		OSIS:	
성			이름			운동(들)	
성별	나이	학년	학교	학교 캠퍼스			

약품 및 알레르기

현재 복용하고 있는 처방을 받아야 하는 약 및 처방 없이 구매할 수 있는 약과 보충제(허브 및 영양제) 모두를 기재해 주십시오.

알레르기가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <small>답이 예라면 아래 해당 알레르기를 적어주십시오:</small> <input type="checkbox"/> 약품 <input type="checkbox"/> 꽃가루 <input type="checkbox"/> 음식 <input type="checkbox"/> 벌레 물림 <input type="checkbox"/> 라텍스						흡입기를 가지고 다닙니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
						에피펜을 가지고 다닙니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

답이 “예”라면 아래 설명해 주십시오. 답을 모르는 질문은 동그라미 하십시오

일반적인 질문		예	아니요	건강 질문		예	아니요
1.	의사가 어떤 이유로든 귀하의 운동 참여를 금지하거나 제한 한적이 있습니까?			26.	통증이 느껴지거나, 붓거나, 열이 있거나 붉게 보이는 관절이 있습니까?		
2.	현재 갖고 있는 건강 문제가 있습니까? 그렇다면 아래 내용을 밝혀주십시오: <input type="checkbox"/> 천식 <input type="checkbox"/> 빈혈 <input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 감염 <input type="checkbox"/> 검사 적혈구 병 또는 증상: 기타 _____			27.	운동 중 또는 후에 기침, 땀겨름 또는 호흡 곤란을 느낀 적이 있습니까?		
3.	병원에 입원한 적이 있습니까?			28.	호흡기를 사용하거나 천식 약을 복용한 적이 있습니까?		
4.	수술을 한적이 있습니까?			29.	천식을 앓는 가족이 있습니까?		
본인의 심장 건강 관련 질문		예	아니요	30.	신장, 눈, 고환(남성), 비장 또는 기타 내장 기관이 없이 태어났습니까?		
5.	운동을 하는 동안 또는 운동 후에 기절하거나 거의 기절할 뻔한 적이 있습니까?			31.	사타구니 부위에 통증이나 고통스러운 팽창감 또는 탈장이 있습니까?		
6.	운동하는 중에 불편함, 통증, 조임 또는 압박감을 느낀 적이 있습니까?			32.	지난 달 내에 전염성 단핵증(모노)를 앓은 적이 있습니까?		
7.	쉴 때 또는 운동 중에 심장 박동이 빨라지거나 불규칙하게 울린 적이 있습니까?			33.	발진, 욕창 또는 기타 피부 문제가 있습니까?		
8.	의사가 심장에 어떤 문제가 있다고 말한 적이 있습니까? 답이 예라면, 해당되는 것을 모두 선택하십시오: <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 심장 이상 <input type="checkbox"/> 높은 콜레스테롤 <input type="checkbox"/> 심장 감염 <input type="checkbox"/> 가와사키 병 기타: _____			34.	헤르페스 또는 MRSA 피부 감염이 있었습니까?		
9.	의사가 심장 검사를 요청한 적이 있습니까? (예를 들어, ECG/EKG, 초음파심전도)			35.	머리에 부상 또는 뇌진탕을 경험한 적이 있습니까?		
10.	운동할 때 기대하는 것 이상으로 어지럽거나 호흡이 곤란한 것을 느낍니까?			36.	명확한 이유가 없는 발작이 일어난 적이 있습니까?		
11.	운동할 때 친구들에 비해서 더욱 빨라 피곤하거나 호흡이 곤란 하다고 느낍니까?			37.	혼란, 오래 지속되는 두통 또는 기억 문제를 야기한 머리 타격 또는 가격을 받은 적이 있습니다.		
12.	심장 수술을 한 적이 있습니까?			38.	발작 문제가 있습니까?		
가족에 대한 심장 건강 관련 질문		예	아니요	39.	운동과 함께 두통을 느낀적이 있습니까?		
13.	가족 중에 불규칙한 심장박동 문제가 있는 사람이 있습니까?			40.	타격 또는 넘어져서 팔이나 다리에 마비, 따끔거림 또는 힘이 풀리는 느낌을 받은 적이 있었습니까?		
14.	가족이나 친척들 중 심장 문제 또는 50세 이전에 갑작스럽게 또는 명확하지 않은 이유로 사망한 사람이 있습니까(의사, 이유가 명확하지 않은 교통사고 또는 영아 사망 증후군 포함)			41.	타격 또는 넘어져서 팔이나 다리를 움직이지 못한 적이 있었습니까?		
15.	가족 중에 심장 문제, 피스메이커 또는 세동제거기를 갖고 있는 사람이 있습니까?			42.	더운 날씨에 운동하다 아픈 적이 있습니까?		
16.	가족 중 명확한 이유없이 기절하거나, 발작을 일으키거나 의사할 뻔한 사람이 있습니까?			43.	운동할 때 자주 근육 조임을 느낍니까?		
17.	귀하 또는 가족 중에 검사 중 혈구 질환 또는 징후를 갖고 있는 사람이 있습니까?			44.	눈 또는 시력에 문제를 느낀 적이 있습니까?		
뼈와 관절 관련 질문		예	아니요	45.	눈에 상처를 입은 적이 있습니까?		
18.	운동 연습이나 경기에 빠지는 원인이 되던 뼈, 근육, 인대 또는 힘줄에 부상을 입은적이 있습니까?			46.	안경 또는 콘택트 렌즈를 착용합니까?		
19.	뼈가 부러지거나 골절 또는 관절이 뻐 경험이 있습니까?			47.	고글 또는 안면 보호대와 같은 보호 안경류를 착용합니까?		
20.	엑스레이, MRI, CT, 투약, 재건 치료, 부목, 깁스 또는 목발이 필요한 부상을 입은 적이 있습니까?			48.	청력 손실 또는 청력 문제가 있었습니까?		
21.	스트레스 골절 문제가 있었습니까?			49.	몸무게에 대해 걱정합니까?		
22.	목 불안정 문제가 있다고 들었거나 그로 인해 엑스레이를 찍은 적이 있습니까? (다운 신드롬 또는 소인증)			50.	몸무게를 늘리거나 줄이려고 노력하거나 타인에게서 추천받은 적이 있습니까?		
23.	버팀대, 정형 외과용 교정 기구나 기타 장치를 정기적으로 사용합니까?			51.	특별한 음식 섭취를 하고 있거나 특정 식품을 피하려고 합니까?		
24.	문제를 느끼는 뼈, 근육 또는 관절 부상이 있습니까?			52.	섭생 문제를 앓은 적이 있습니까?		
25.	소아 관절염 또는 결합 조직 질환을 앓은 적이 있습니까?			53.	의사와 상의하고 싶은 어떤 문제가 있습니까?		
				54.	기타 건강 문제가 있습니까?		
				여성 만		예	아니요
				55.	생리를 한 적이 있습니까?		
				56.	생리 문제(심각한 생리통, 심한 출혈)가 있습니까?		
				57.	언제 마지막 생리를 하였습니까?		
				58.	얼마나 자주 생리를 합니까?		
답이 “예”라면 설명해 주십시오.							

저는 본 병력 양식을 검토하였으며 저는 제가 알고 있는 최선에서, 상기 질문에 대한 답을 성실하고 정확하게 작성하였음을 확인합니다. 저는 _____ (학생의 성명)이 남학생은 서혜부와 고환 검사를 여학생은 서혜부 검사를 포함한 신체 검사를 받는 것을 허가합니다. 학교에서 이런 검사가 진행된다면, 저는 이 부분의 검사를 저나 또는 제 아이가 거부할 수 있으며, OSH 소속 의료인이 이 양식을 작성할 수 없으며 제 아이의 참여를 제외할 것이라는 것을 잘 알고 있습니다.

학부모/보호자 성명	
학부모/보호자 서명	날짜
전화번호:	

