

지원자 건강 설문지(HEALTH QUESTIONNAIRE)

1. 지원자 인적사항(Profile of Applicant)

이름 (성별) Name(Sex)	()	생년월일 Birth Date	
지원 학년 Grade of Application		혈액형 Blood-type	
아버지 이름 Father's Name		어머니 이름 Mother's Name	

2. 지원자 건강 설문(Health Questionnaire of Applicant for admission)

1. 현재 귀하의 자녀가 어떤 이유로 의사의 치료를 받고 있습니까? 그렇다면 그 사유와 내용을 자세하게 적어주십시오.

2. 귀하의 자녀가 과거에 어떤 상해를 당하거나 수술을 한 적이 있습니까?
귀하의 자녀가 과거에 심리상담 및 치료를 받았거나 현재 심리상담 및 치료를 받고 있습니까?
해당 사실에 대하여 원인, 경과, 결과를 자세하게 적어주시기 바랍니다.

3. 귀하의 자녀에게 아래의 항목 중 해당사항이 있으면 체크해주시고, 그 치료경과와 현재상태를 자세하게 기록해주시기 바랍니다.

- | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 결핵 | <input type="checkbox"/> 간염 | <input type="checkbox"/> 고혈압 |
| <input type="checkbox"/> 당뇨 | <input type="checkbox"/> 간질 | <input type="checkbox"/> 심장질환 |
| <input type="checkbox"/> 빈혈 | <input type="checkbox"/> 어지럼증 | <input type="checkbox"/> 졸도 |
| <input type="checkbox"/> 신경과민 | <input type="checkbox"/> 우울증 | <input type="checkbox"/> 위장장애 |
| <input type="checkbox"/> 틱장애 | <input type="checkbox"/> 불안증 | <input type="checkbox"/> 학습장애 |
| <input type="checkbox"/> 주의력 결핍 과잉행동장애 | <input type="checkbox"/> 아스퍼거 증후군 | |

4. 귀하의 자녀는 어떤 음식이나 약품에 대한 알레르기가 있습니까? 만약 있다면 어떤 종류에 대한 알레르기인지 적어주시고 반응상태를 알려주십시오.

5. 귀하의 자녀는 체육활동 및 수업활동에 참여하는데 지장을 주는 문제를 가지고 있습니까? 그렇다면 그 이유를 설명해 주십시오.

6. 위의 사항들 외에, 귀하의 자녀가 학교생활을 하는데 있어 신체적, 심리적 건강에 관하여 학교에 알려야 할 사항이 있으면 적어주십시오.

위에 기록한 사실은 모두 정직하게 기록하였습니다.

만일 사실과 달리 기록하였거나, 입학 후에라도 지원학생의 건강 이상으로 인하여 학교생활에 지장이 있을 경우에는 그에 대한 학교의 결정에 따를 것임을 확인합니다.

20 년 월 일

학부모 _____ (서명)