



## STATES' 4-H

### 국제 교환 프로그램의 의료 양식

#### - 의사가 작성해야 함 -

참가자 이름: \_\_\_\_\_

거주 국가: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

일자: \_\_\_\_\_

담당 검사 의사에게: 이 사람은 다문화 교환 프로그램을 신청하였습니다. 참가자는 미국의 일반 가족의 구성원으로 생활을 합니다. 모든 사람이 이 경험을 할 수 있는 정신적 및 육체적인 준비가 되어 있는 것은 아닙니다. 신청자는 높은 수준의 동기부여와 다른 사회적 및 문화적 환경에 적응할 수 있는 능력을 가져야 합니다. 그러한 상황이 힘든 상황도 있습니다. 그러므로 건강이 아주 중요합니다. 당신이 신청자의 건강을 자세하고 완전하게 평가하게 되면 우리가 그의 파견여부를 결정하는 데 도움이 될 것입니다. 신청자에 대한 참가 승인이 떨어지면, 필요한 예방 접종도 필요합니다.

#### 1. 과거에 맞은 예방접종

백신	횟수	접종 일자	접종자 /접종 장소	병에 걸린 적이 있는가의 여부?	병에 걸린 일자 (M/D/Y)
홍역	1 차			예/ 아니오	
	2 차				
볼거리	1 차			예/ 아니오	
	2 차				
풍진	1 차			예/ 아니오	
	2 차				
수두				예/ 아니오	
소아마비(OPV)	1 차			예/ 아니오	
	2 차				
	3 차				
	4 차				
DPT 디프테리아 백일해 파상풍	1 차			예/ 아니오	
	2 차				
	3 차				
	4 차				



코

목구멍

예 ☐ 아니오 ☐

소화

예 ☐ 아니오 ☐

똥유병

예 ☐ 아니오 ☐

야뇨증

예 ☐ 아니오 ☐

생리 문제

예 ☐ 아니오 ☐

다른 어려움 (적으시오)

- 과거에 입원을 요하는 수술, 사고 혹은 부상이 있었는가?

예 ☐ 아니오 ☐ 설명 하시오: \_\_\_\_\_

- 최근에 전염병에 노출된 적이 있는가?

예 ☐ 아니오 ☐ 설명 하시오: \_\_\_\_\_

- 신청자가 약품/처방전을 가져가야 하는 경우에는, 다음을 작성하시오. 처방의 경우 P 를 적으시오.

약품의 명칭	해당 질병/증상	복용해야 할 양 및 시간
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- 신청자가 하지 말아야 할 육체 활동이 있는가? 그렇다면, 적으시오

예 ☐ 아니오 ☐ 있다면, 어떠한 종류인가 \_\_\_\_\_

- 호스트 부모가 알아야 할 추가적인 정보가 있는가?

예 ☐ 아니오 ☐ 설명 하시오: \_\_\_\_\_

- 이 사람은 현재 의사의 치료를 받고 있는가?

예 ☐ 아니오 ☐ 설명 하시오: \_\_\_\_\_

- 위의 사항을 고려하고 당신이 검사를 한 결과 위의 질의 사항에 대하여 당신이 제공할 수 있는 기타의 정보가 있는가? 당신이 이 프로그램에 신청자가 참가하는 데 대한 반대를 제기할 이유가 있는가?

예 ☐ 아니오 ☐ 설명 하시오: \_\_\_\_\_

추가적인 의견을 제기하려면 다른 종이를 사용하시오.

보고서 작성 근거가 된 검사일자: \_\_\_\_\_

본인은 이 사람에 대한 신체검사를 하고 의료 기록을 살펴보았습니다. 본인은 모든 중요한 의료 정보를 여기에 포함시켰으며 위의 정보는 완전하고 정확하다는 것을 확인합니다.

의사의 이름 및 주소

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

일자 \_\_\_\_\_

의사의 공식 인감 및/혹은 서명