

Student Name: _____ Registration no. _____ Grade: _____



**BRANKSOME
HALL ASIA**

INTERNATIONAL SCHOOL FOR GIRLS

Returning Student Medical Form 재학생 의료서식

This form is to be completed and returned to

이 표는 학생 모국의 가족 주치의가 작성하고 서명해야 합니다.

Student Name 학생이름: _____

Date of Birth 생년월일: _____
Day(일) Month(월) Year(연도)

Please list any medications currently taken by the student and indicate when they were started:

학생이 현재 복용중인 약이 있다면 복용을 시작한 시기와 함께 적어주시기 바랍니다.

Please list all known CONFIRMED allergies and provide a Doctor's letter stating the type of reaction of ingested or exposed to any of the following:

알고 계신 모든 확인된 알레르기를 적어주십시오. 아래 중 어떤 것이라도 그것을 먹었거나 혹은 그것에 노출되었을 때 나타나는 반응에 대해 자세히 적어주십시오.

Foods 음식: _____

Medications 약: _____

Other 기타: _____

Does she require an epipen? Yes No

알레르기 쇼크 응급주사를 필요로 합니까?

Please list any previous surgeries or hospitalizations 과거의 수술이나 입원경력을 적어주십시오:

Has this student had Chicken Pox? Yes No

학생이 수두에 감염된 적이 있습니까?

If no, has she been immunized against Chicken Pox? Yes No Date: _____

아니라면, 수두에 면역력이 있습니까?

Has this student had Hepatitis B?

학생이 B형 간염에 감염된 적이 있습니까?

Yes No

If no, has she been immunized against Hepatitis B?

아니라면, B형 간염에 면역력이 있습니까?

Yes No Date: _____

Name of Parent 부모의 성명: _____

Signature of Parent 부모의 서명: _____

Date 작성일:

_____ Day(일) Month(월) Year(연도)

Telephone 전화번호: _____

Under the Personal Information Protection and Electronic Documents Act(PIPEDA), Branksome Hall Asia is committed to protect the personal information of all our constituents. All information collected on this form is in accordance with the Branksome Hall Asia Privacy Policy, available at www.branksome.asia