



**Annual, Parent  
Completed:  
Student Medical  
History & Consents**

**For Use Beginning:** \_\_\_\_\_ **File Name:** Form  
**Last Update:** 05-2021 **Division:** All School  
**Purpose:** The form must be completed each year for each student enrolled at Concordia by parent. It should be returned to the school before the first day of school.

All Concordia students are required **annually** to complete this form prior to the first day of every new school year. Please complete one form **fully for each of your children**. This information is confidential and only viewed by our school staff. Please return this form to the Health Office (Room M121) or Nurse station in ES (Room E103) any time before the first day of school (Each child must have a completed form to attend school).

所有协和国际学校学生必须在每个新学年的第一天之前填写此表。请为您的每个孩子完整填写一份表格。此信息是保密的，仅由我们学校员工查看。请在上学第一天之前随时将此表格交回保健室（M121室）或小学护士站（E103室）（每个学生必须在开学第一天前提交完整的表格）。

모든 콩코디아 학생은 매년 새 학년의 첫날 전에 본 서류를 제출해야 합니다. 각각의 자녀에 대해 서류를 작성합니다. 본 서류의 내용은 기밀 사항으로 학교의 임직원만 열람 가능하다. 본 양식을 학교 첫날 이전에 언제든지 간호사실 ES(M121) 또는 (E103)에 제출해 주세요 (모든 아이의 서류는 등교 첫날 이전에 제출 완료 되어야 합니다)

Student's Name 学生姓名: \_\_\_\_\_ Grade 年级: \_\_\_\_\_ Sex (circle one) 性别: M / F  
 (Last)姓 (First)名

Date of Birth 出生日期: \_\_\_\_\_ Home Phone 家庭电话: \_\_\_\_\_

Mother's Name 母亲姓名: \_\_\_\_\_ Father's Name 父亲姓名: \_\_\_\_\_

Mobile Phone (Mother) 母亲手机号: \_\_\_\_\_ Mobile Phone (Father) 父亲手机号: \_\_\_\_\_

**Student Medical History 学生健康史 학생 병력**

Allergies (food, meds, insect, etc.) 过敏 (食物, 药物, 昆虫, 其他) 알러지 반응 (음식, 의약품, 곤충, 기타)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Frequent Headaches 经常头痛 빈번한 두통	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Asthma 哮喘 천식	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hearing problems 听力问题 청력이상	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Diabetes 糖尿病 당뇨	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Heart disorder 心脏疾病 심장질환	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Epilepsy / Seizure Disorder 癫痫症 간질	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A/B/C 肝炎 (甲/乙/丙) A B C 형간염	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
ADD/ADHD 儿童注意力缺陷、多动障碍 주의력결핍, 과잉행동장애	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Scoliosis n. 脊柱侧凸 척추측만증	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Anxiety Disorder 焦虑症 불안장애	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Skin problems 皮肤问题 피부질환	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Chicken Pox 水痘 수두	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Speech difficulty 语言障碍 언어장애	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Gastrointestinal Disorder 胃肠道疾病 위장 장애	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Vision problems 视力问题 시각장애	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Frequent Nosebleeds 经常鼻出血 잦은비강 출혈(코피)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other illness 其他疾病 기타질환	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

If you have ticked any of the above or your child has any additional medical concerns, please explain in detail: 如果您对上述任何一项的回答是肯定的，或者您的孩子有任何其他医疗问题，请详细说明 위의 내용 중 하나라도 체크를 하셨거나, 자녀의 건강상의 문제에 대해 추가적인 내용, 이 있을 경우, 자세히 기재해 주세요.\*

Has your child ever had surgery or been hospitalized? 您的孩子有过手术或住院吗? 학생은 수술을 받거나 입원을 한 적이 있나요?\*

Yes 是  No 否 If yes, please provide details: 如果是, 请提供详细信息 만약 있다면 내용을 자세히 기재해 주세요 :

### Immunization Record 免疫记录 예방접종 기록

RETURNING STUDENTS: Please submit a scanned or hard copy of immunization record if any updates. 在校生: 如有任何更新, 请提交免疫记录的副本. 업데이트된 예방접종 기록은 학교에 스캔 복사본 또는 하드 카피로 제출해주세요.

NEW STUDENTS: Please submit a scanned or hard copy of your child's immunizations records, including all exact dates. 新生: 请提交您孩子的免疫记录的副本, 包括所有确切日期. 날짜를 포함한 예방접종 기록은 학교에 스캔 복사본 또는 하드 카피로 제출해주세요.

Information is accepted in English and Chinese. If in another language, please provide a translation to accompany the document. 我们接受中文或英文的疫苗记录, 如果是其他文字, 请提供翻译件. 영문 또는 중문 서류로 제출 해주시고, 만약 다른 언어로 작성되어 있다면 번역본을 제공 해 주세요.

Varicella vaccine is highly recommended. 我们强烈建议接种水痘疫苗. 수두 예방 접종을 권장합니다.

### Nurse-Administered Medications Required by You 您要求护士协助的校内用药. 학부모님의 요청에 의해

#### 간호사가 투약하는 약

If any medication is required to be administered by school nurses, you must contact Health Office. Please note that our nursing staff does not provide injections. If medication is required, please provide a copy of the doctor's prescription.

在校期间如果您的孩子需要学校护士协助服用药物, 请联系保健室. 请注意, 我们的护士不提供注射. 如果需要服用药物, 请提供医生处方的副本.

간호사가 학생에게 약을 먹이거나 투약 해 주기를 원할 경우, 반드시 서면으로 아래의 내용이 전달 되어야 합니다.

참고로 학교의 간호사들은 주사를 놓지 않습니다. 처방전에 의한 약이나 일반의약품을 장기간 복용 할 경우 (1 개월 이상) 의사의 처방전 사본을 제출해야 합니다. 본 양식의 내용이 변경 되었을 경우, 또는 새로운 요청을 하기를 원한다면 본 양식을 다시 작성하고 새로 서명을 함으로서 수정할 수 있습니다.

### Consent to Administer Basic Medical Supplies 日常医疗物资使用同意书 일반 의약품 투약 동의서

The Health Office has a basic supply that a school nurse may administer as needed at school or chaperone on trip. The nurse or chaperone will receive your child's complaints about discomforts and give treatment from the following list at their best judgement, provided that you have given your consent in writing. Please check the box for each treatment to let us know whether you consent that the staff may administer to your child. Please note that the nurse or chaperone will not give your child any treatment that you have not consented to in writing by signing this form, and phone calls or wechat messages are not considered written

consent for this purpose. You may update your written consent by re-signing this form from time to time.

保健室备有一些基本的医疗物资, 以便于护士或陪伴老师在校内或者在学校旅行中使用. 如您的孩子身体不适, 护士或陪伴老师将针对孩子的不适进行判断, 从下表中选择相应物资提供给孩子, 但前提是您已给与书面同意. 请对每种物资进行选择, 以告知我们您是否同意您的孩子接受以下处理. 请注意, 护士或陪伴老师将不会给您的孩子提供您未通过签署本表格书面同意的物资, 电话或微信均不能作为您的书面同意. 您可以不时重新签署本表格来更新您的书面同意.

학교 간호사실에는 학교에서 또는 학생의 교외 활동 중 필요에 따라 투여할 수 있는 기본적 일반 의약품을 비치하고 있습니다. 학부모님께서 서면으로 동의하신다면, 학교에서 또는 교외 활동 시 학생의 상태를 잘 파악 한 후 필요에 따라 다음 목록에 있는 일반의약품을 투여 또는 먹일 수 있습니다. 각 네모 칸에 체크 함으로서 학교 간호사들의 판단에 의해 약이 투약 되는 것에 동의하는지 여부를 알려주십시오. 학교의 간호사들은 학부모님이 서면으로 동의 하지 않은 의약품에 대해서는 투약하지 않으며, 유선상으로 또는 위챗 메시지로서 서면 동의를 대체 할 수 없음을 알려드립니다. 필요시 본 양식을 다시 작성하고 서명 함으로서 내용을 갱신 할 수 있습니다.

Topical ointments- for insect bites, minor cuts, sun burn, dry skin

외용약膏- 用于蚊虫叮咬, 小擦伤, 晒伤, 皮肤干燥等

외용연고 - 자상, 발진, 벌레 물림, 항히스타민제 크림, 화상 약품, 로션 등\*

Mint cream 薄荷脑软膏 민트크림

Mupirocin cream 莫匹罗星软膏 무피로신 항생 연고

Benzalkonium chloride spray 苯扎氯铵喷雾剂 염화벤잘코늄(소독제) 스프레이

Aloe Vera Gel 芦荟胶 엘로에 베라 젤

Vaseline 凡士林 바셀린

None 不同意 동의하지 않음

Eye drops 眼药水 안약

Normal Saline – 生理盐水 생리 식염수

None 不同意 동의하지 않음

### Emergency Care Consent 紧急救助同意书 응급 의료 동

In the event that your child has an injury or illness that requires immediate medical care while attending school or on authorized field trips or activities outside the School, the chaperones/nurses will make every reasonable effort to contact you or your spouse or other emergency contact prior to medical treatment or hospitalization. By signing this form, you consent that if hospitalization is required, any procedures, surgery, or anesthesia that may be necessary to save the life or treat the emergency medical conditions of your child may be done via phone consent with yourself or your spouse or other emergency contact.

당您的孩子在校内或在学校授权的校外活动中发生需要立即接受医疗的意外伤害或疾病, 在进行治疗或住院之前, 陪护人员/护士将尽一切合理努力联系您或您的配偶或其他紧急联系人。经签署本表格, 您同意, 如果需要住院治疗, 在取得您本人或您的配偶或其他紧急联系人的电话同意后, 您的孩子可以接受为救助生命或处理紧急医疗状况所需要的任何医疗操作、手术、麻醉等。

자녀가 학교에 다니는 동안, 또는 학교 밖에서 공인된 현장 학습이나 활동을 하는 동안 즉각적인 진료가 필요한 부상이나 질병이 있는 경우, 동행자/간호사는 어떠한 병원 치료나 응급처치 이전에 학부모나 비상 연락망에 기재되어 있는 사람에게 연락을 취할 것입니다. 이 양식에서 서명함으로써, 입원이 필요한 경우, 자녀의 생명을 구하거나 응급 의료 조건을 치료하기 위해 필요할 수 있는 모든 절차, 수술 또는 마취가 본인 또는 배우자와의 전화 동의를 통해 이루어질 수 있다는 것에 동의한다

By signing this form, you also consent that in the case of injury or illness that requires immediate medical care, if reasonable efforts to contact you, your spouse, or other emergency contact person are unsuccessful, the School and its designated chaperones/nurses are authorized to:

经签署本表格, 您同意, 在需要立即接受医疗的意外伤害或疾病的情况下, 如果经过合理的努力, 联系不上您, 您的配偶或者其他紧急联系人, 学校及其指定的陪护人员/护士有权:

본 서류에 서명함으로써, 즉각적인 진료가 필요한 부상이나 질병의 경우, 귀하 또는 배우자 또는 기타 비상 연락 담당자에게 연락이 닿지 않았을 경우, 학교의 간호사 또는 동행자가 아래와 같이 진행할 것에 동의한다:

1. take your child to seek medical/dental care; 带您的孩子去寻求医疗/牙科护理 학생을 의료/치과 기관에 데리고 가서 진료를 진행한다.
2. to consent to any procedure, surgery, or anesthesia, if, in the judgment of the medical staff, such treatment is needed to save of the life or treat the emergency medical conditions of your child; 同意进行根据医院医疗人员的判断, 为救助生命或处理您孩子紧急医疗状况而需要进行的任何医疗操作、手术或麻醉; 의료진의 판단에 따라 자녀의 생명을 구하거나 응급 의료 조건을 치료하기 위한 처치가 필요한 경우 어떠한 시술, 수술 또는 마취에 동의한다.
3. fill in and sign the forms and other documents necessary to facilitate the above medical procedure; and 填写并签署上述医疗程序所需的表格和其他文件; 和 위의 의료 절차를 용이하게 하는 데 필요한 양식 및 기타 문서를 작성하고 서명한다.
4. incur and pay any medical, hospital and ambulance expenses on your behalf as a result of such injury or illness, including those that may not be covered by your insurance, which shall be reimbursed by you in full. 代表您支出因该意外伤害或疾病而发生的任何医疗、医院及救护车费用, 包括您的保险可能未涵盖的费用, 并由您全额偿还。

부상 또는 질병의 결과로 귀하를 대신 하여 의료, 병원 및 구급차 비용을 부담하고 지불 하였을 시, 귀하의 보험이 적용되지 않을 수 있는 비용도 포함 될 수 있으며, 이 비용은 전액 학부모가 변제해야 한다.

I hereby give my consent to the above regarding emergency care. I understand and acknowledge that Concordia does not provide medical coverage for its students and that I am personally responsible for the student's medical expenses for all Concordia events on and off campus. 我特此同意上述紧急救助相关内容。我理解并知晓上海协和国际外籍人员子女学校不为其学生提供医疗保险，并且由我个人负责学生参加的校内外所有学校组织的活动而产生的医疗费用。 응급 진료에 관하여 위의 사항에 동의한다. 나는 콩코디아가 학생들에게 의료 혜택을 제공 하지 않으며, 캠퍼스 안팎에서 열리는 모든 콩코디아 행사에서 발생할 수 있는 의료 비용에 대해 개인적으로 부담한다는 것을 이해하고 인정한다.

All information, instructions and consents provided in this form shall be valid during the current school year unless expressly updated by me in writing to the School by re-signing this from. I further acknowledge that I am responsible for updating the contact information and student health information provided herein to the School and that all information I have provided on this form is complete and correct. 本表格包含之所有信息、指示和同意在本学年内有效，但可由我重新签署本表格进行书面更新。我已知晓，我有责任向学校更新联系信息和学生健康信息，并且我在本表格中提供的信息都是完整和正确的。 본 서류에 제공된 모든 정보, 지침 및 동의서는 내가 명시적으로 이 문서에 서명하여 학교에 서면으로 업데이트 하지 않는 한 현재 학년 동안 유효하다. 또한 본 문서에 제공된 연락처 정보와 학생 건강 정보를 학교에 업데이트할 책임이 있으며 이 양식에 제공된 모든 정보가 기입되어 있으며 정확하다는 점을 인정한다.

Parent Signature:

家长签名:

\_\_\_\_\_

Date:

日期:

\_\_\_\_\_

Print Name:

正楷签名:

\_\_\_\_\_