

## 알레르기 증상이 있는 학생 Students with allergies

본 양식은 알레르기 증상이 있는 학생의 부모/보호인이 영어로 작성하여 학교장이나 위임받은 행정직원에게 반송해야 합니다. 처음 두 부분은 학교에서 작성합니다. 해당 정보의 수집 목적은 심각한 알레르기 반응 위험이 있는 학생을 파악하고자 하는 데 있습니다. 본 양식을 통해 제공되는 정보는 학교가 알레르기 증상을 가진 학생과 관련해 필요한 조치를 결정하는 데 도움을 주기 위해 사용될 것입니다.

학부모/보호인께

학생 이름: \_\_\_\_\_  
School to insert name of student

귀하께서는 자녀에게 한 가지 또는 여러 가지 알레르기가 있다고 통보해 주셨습니다. 알레르기 종류를 명시해 주십시오.

\_\_\_\_\_ School to insert the allergy/allergies that have been identified by the parent/carer

아래 질문들에 대답하신 후 학교장이나 위임받은 행정직원에게 반송해 주십시오.

1. 본인의 자녀가 다음과 같은 것에 알레르기가 있다고 의사로부터 진단받았습니다:

벌레에 쏘이거나 물리는 것 (Insect sting/bite)  
구체적으로 적어 주십시오: \_\_\_\_\_

약물 (Medication)  
구체적으로 적어 주십시오: \_\_\_\_\_

음식 (Food):  
예, 아니오 란에 표시해 주십시오

	예 (Yes)	아니오 (No)
• 땅콩(Peanuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 견과류 (Nuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

견과류에 예라고 대답하신 경우, 해당 견과류를 명시해 주십시오

Type/s of nut/s \_\_\_\_\_

• 생선 (Fish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 조개 (Shellfish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 콩 (Soy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 깨 (Sesame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 밀 (Wheat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 우유 (Milk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 계란 (Egg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

위에 예시되지 않은 기타 알레르기 유발 음식을 구체적으로 적어 주십시오:

Other type of food \_\_\_\_\_

라텍스 (Latex)

기타 알레르기가 있는 경우, 구체적으로 적어 주십시오:  
Other allergy \_\_\_\_\_

## Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

예, 아니오 란에 표시해 주십시오

예 (Yes)

아니오 (No)

2. 본인의 자녀는 심각한 알레르기 반응으로 입원한 적이 있다  
My child has been hospitalised with a severe allergic reaction



3. 본인의 자녀는 아드레날린 자동주사를 처방받은 적이 있다  
(EpiPen® 또는 Anapen®)  
My child has been prescribed an adrenaline autoinjector  
(EpiPen® or Anapen®)



4. 본인의 자녀는 과민반응에 대한 ASCIA Action Plan<sup>1</sup>을 가지고  
있다  
My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis<sup>1</sup>  
(예라고 대답하신 경우 본 양식에 이를 첨부하여 반송해  
주십시오)



작성자 (성명을 인쇄체로 써 주십시오): \_\_\_\_\_  
Name of parent/carer

학부모/보호인 서명: \_\_\_\_\_  
Signature of parent/carer

날짜: \_\_\_\_\_  
Date

<sup>1</sup> 새로 아드레날린 자동주사를 처방받을 때마다 의사가 신규 ASCIA Action Plan for Anaphylaxis를 발급할 것입니다. 이 계획서를 학교에 반드시 제출해야 합니다.