



운동선수를 위한 의료 카드

학교 대항 고등학교 운동선수

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS • Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 560-30
2017년 5월

기재 방법: 이 카드는 각 스포츠의 의료파일에 보관해야 합니다. 운동선수인 학생이 의사나 병원에서의 치료가 필요한 경우, 이 카드를 지참해야 합니다.

학생 이름:

생년월일:

학교:

학생번호 #:

집 주소:

학부모/후견인 이름:

집 전화번호:

직장 전화번호:

휴대전화 전화번호:

학부모/후견인 이름:

집 전화번호:

직장 전화번호:

휴대전화 전화번호:

학생의 학부모/후견인과 연락이 안 될 경우 비상시에 연락할 사람

이름:

관계:

집 전화번호:

직장 전화번호:

휴대전화 전화번호:

뒷면으로 계속

운동선수를 위한 의료 카드

담당의사:

담당의사 전화번호:

선호하는 병원:

마지막
파상풍 주사:

알레르기:

학생은 에피네프린 자동 주사를
소지하고 있습니다. 예 아니요
예의 경우, [MCPS Form 525-14](#)를 작성해야 합니다.

운동선수에게 사용한 약품:

보험 정보:

운동선수는 건강보험이 있습니까? 예 아니요

'예'의 경우, 보험회사 이름: _____

치료를 위한 허락:

본인은 본인에게 연락이 안 되는 상황에서 의사를 보거나 적절한 치료를 제공하도록 허락합니다.

서명

학부모/후견인/학생(자격이 될 경우에 한함)의 서명:

날짜

이 카드는 모든 운동 시 의료도구에 있는 파일에 보관해야 하며 모든 연습이나 시합에 지참해야 합니다. 학생 운동선수가 응급치료가 필요할 때, 의사나 병원에 가게 될 때, 이 카드를 함께 지참해야 합니다.