



신청자 진단서

기밀

Applicant Medical Report
CONFIDENTIAL

Section 1: Completed by Applicant

섹션 1: 신청자 작성란

MEDICAL PROVIDER NAME

의료 제공자 성명

PHONE NUMBER

전화번호

FAX NUMBER

팩스 번호

ADDRESS OR NAME AND LOCATION OF MEDICAL OFFICE/PRACTICE/CLINIC

의료 기관 주소 또는 명칭 및 소재지

NAME OF APPLICANT

신청자 성명

DATE OF BIRTH

생년월일

I hereby authorize my medical provider to release my medical history information including, but not limited to, information on the issues I have checked below. This information is required as part of a home study for foster care and/or adoption. This release of information is valid for one year from the date of my signature.

NOTE: Be sure to check each line and sign.

☐ mental health

☐ sexual and/or physical abuse

☐ alcohol and drug concerns

☐ domestic violence

본인은 아래에 체크한 항목을 포함한 건강 이력 전반에 대한 정보를 의료 제공자가 공개하는 것에 동의합니다. 이 정보는 위탁가정 또는 입양을 위한 가정조사의 일환으로 요구되는 것입니다.

이 정보 제공 동의서는 제 서명일로부터 1년간 유효합니다.

주의 사항: 각 항목을 반드시 체크한 후 서명해 주세요.

☐ 정신 건강

☐ 성적 및/또는 신체적 학대

☐ 알콜 및 약물 관련 문제

☐ 가정폭력

SIGNATURE OF APPLICANT

신청자 서명

DATE

작성일

Section 2: Completed by LD/CPA Staff

섹션 2: LD/CPA 직원 작성란

LICENSOR NAME

인증 담당자 성명

LICENSING DIVISION OFFICE MAILING ADDRESS AND FAX NUMBER

인가부서 사무실 우편주소 및 팩스 번호

Section 3: Completed by Medical Provider. Return to local Licensing Division office listed in Section 2.

섹션 3: 의료 제공자 작성란 섹션 2에 기재된 지역 인가부서 사무실로 제출하십시오.

DATE OF MOST RECENT PHYSICAL EXAMINATION (MUST BE WITHIN 12 MONTHS OF APPLICATION)

가장 최근에 받은 신체검사 날짜: (신청일로부터 12개월 이내여야 함)

DATE FIRST SEEN BY PROVIDER

처음 진료받은 날짜

CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES (INCLUDING SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY)

만성 질환 / 자주 일어나는 의학적 문제 (중요한 과거 병력 포함)

CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS 현재 의학적 진단		
CURRENT MEDICATIONS: PLEASE STATE THE PURPOSE OF THE MEDICATION, ANTICIPATED SIDE EFFECTS AND CONCERNS IF THE MEDICATION IS NOT TAKEN, AND HOW IT AFFECTS DAILY FUNCTIONING 현재 복용 중인 약물: 약물의 목적, 예상되는 부작용, 약물 복용을 중단했을 때의 우려 사항, 그리고 일상 기능에 미치는 영향을 기재해 주세요.		
PROGNOSIS 예후		
PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF ADDITIONAL CHILDREN 의학적 상태가 추가 아동의 돌봄에 미치는 영향에 대해 설명해 주세요		
COMMENTS/ IMPRESSIONS: IS THE APPLICANT CAPABLE OF CARING FOR AN ADDITIONAL CHILD OR CHILDREN? 기타 의견/소견: 신청자가 추가 아동을 돌볼 수 있는 능력이 있습니까?		
SPECIALIST REFERRED TO (IF APPLICABLE) 전문의에게 의뢰한 경우 (해당할 경우)		
FAX NUMBER OF SPECIALIST (IF APPLICABLE) 전문의 팩스 번호 (해당할 경우)		
REASON FOR REFERRAL (IF APPLICABLE) 의뢰 사유 (해당할 경우)		
MEDICAL PROVIDER SIGNATURE		
의료 제공자 서명		
MEDICAL PROVIDER NAME 의료 제공자 성명	SIGNATURE 서명	DATE 작성일