



**Applicant Name:**

신청자 이름:

**Medical History**

**의료 기록**

What is the date of your last physical exam (if known)?

귀하의 마지막 건강검진 날짜는 언제입니까? (알고 있는 경우)

Current and/or past diagnosis – Have you ever been diagnosed with any of the following conditions? Please check all that apply and provide comments, if applicable. *For license renewal, please include the last three (3) years.*

현재 및/또는 과거 진단 – 다음 질환 중 하나라도 진단받은 적이 있습니까? 해당하는 모든 항목에 체크하고, 필요한 경우 의견을 작성하십시오. *면허 갱신의 경우, 최근 3 년간의 기록을 포함하십시오.*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Heart Disease:             | <input type="checkbox"/> Stroke:                  | <input type="checkbox"/> Hypertension               |
| <input type="checkbox"/> Cancer:                    | <input type="checkbox"/> Mental Health Condition: | <input type="checkbox"/> Heart Attack               |
| <input type="checkbox"/> Chronic Medical Condition: | <input type="checkbox"/> Kidney Disease           | <input type="checkbox"/> Impaired Hearing           |
| <input type="checkbox"/> Hereditary Condition(s):   | <input type="checkbox"/> Allergies                | <input type="checkbox"/> Respiratory Condition      |
| <input type="checkbox"/> Seizure Disorder:          | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Impaired Sight             |
| <input type="checkbox"/> Orthopedic Problems:       | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease          | <input type="checkbox"/> Other Condition or Injury: |
| <input type="checkbox"/> Autoimmune Disease:        | <input type="checkbox"/> Chronic Pain             |   |

- |                                    |                                    |                                       |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 심장병:      | <input type="checkbox"/> 뇌졸중:      | <input type="checkbox"/> 고혈압          |
| <input type="checkbox"/> 암:        | <input type="checkbox"/> 정신 건강 문제: | <input type="checkbox"/> 심장마비         |
| <input type="checkbox"/> 만성 질환:    | <input type="checkbox"/> 신장 질환     | <input type="checkbox"/> 청력 저하        |
| <input type="checkbox"/> 유전 질환:    | <input type="checkbox"/> 알레르기      | <input type="checkbox"/> 호흡기 질환       |
| <input type="checkbox"/> 발작 장애:    | <input type="checkbox"/> 당뇨        | <input type="checkbox"/> 시력 저하        |
| <input type="checkbox"/> 정형외과적 문제: | <input type="checkbox"/> 갑상선 질환    | <input type="checkbox"/> 기타 질환 또는 부상: |
| <input type="checkbox"/> 자가면역 질환:  | <input type="checkbox"/> 만성 통증     |                                       |

Are you currently under a physician's care for any of the diagnoses or injuries listed above? ☐ No ☐ Yes

If yes, please list diagnoses/injuries:

Have you ever participated in counseling (e.g. individual, family, group, etc.)? *For license renewal, please include the last three (3) years.*

☐ No ☐ Prefer to discuss in person ☐ Yes (optional comments)

귀하는 현재 위에 기재된 질환 또는 부상으로 인해 의사의 치료를 받고 있습니까? ☐ 아니요 ☐ 예  
예인 경우, 진단명/부상명을 기재하십시오:

귀하는 상담(예: 개인, 가족, 그룹 상담 등)에 참여한 적이 있습니까? *면허 갱신의 경우, 최근 3 년간의 기록을 포함하십시오.*

☐ 아니요 ☐ 대면 상담 시 논의하고 싶음 ☐ 예 (선택적 의견):

Please list any surgeries or hospital stays you have had and their approximate date.

Type of surgery/reason for hospitalization

Date

귀하가 받은 수술 또는 입원 경험이 있다면, 해당 수술/입원 이유와 대략적인 날짜를 기재하십시오.

수술 유형/입원 이유

날짜

Describe your frequency and type of tobacco use, if any:  
흡연 빈도 및 유형을 기재하십시오 (해당하는 경우):

Describe your frequency and type of recreational marijuana/THC use, if any:  
기호용 마리화나/THC 사용 빈도 및 유형을 기재하십시오 (해당하는 경우):

Describe your frequency and type of alcohol use, if any:  
알코올 사용 빈도 및 유형을 기재하십시오 (해당하는 경우):

Do you have any limitations or restrictions on physical activity? ☐ No ☐ Yes  
If yes, please describe:  
귀하는 신체 활동에 대한 제한이나 제약이 있습니까? ☐ 아니요 ☐ 예  
예인 경우, 설명하십시오:

### Medications 약물

Please list all medications you are currently taking including over the counter medications and medical marijuana.  
Additional medications can be listed in an attachment.  
처방약, 일반의약품, 의료용 마리화나를 포함하여 현재 복용 중인 약물을 모두 재하십시오. 추가 약물이 있는 경우 별도  
첨부할 수 있습니다.

Name of medication 약물명	Dosage and frequency 복용량 및 빈도	Condition prescribed for 처방된 질환	Side Effects – Note any that may impact the care of children 부작용 - 아동 보호에 영향을 미칠 수 있는 부작용

### Competence 적합성

Do you consider yourself mentally, physically, and emotionally competent to care for children? ☐ Yes ☐ No  
If no, please explain:  
귀하는 아동을 보호하는 데 있어 정신적, 신체적, 정서적으로 적합하다고 생각하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요  
아니요인 경우, 설명하십시오:

**Additional Comments****추가 의견**

Do you have any additional comments you want to include in your medical history? ☐ Yes ☐ No

귀하의 의료 기록에 포함하고 싶은 추가 의견이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

**Signature****서명**

I declare that the above information is true and correct to the best of my knowledge.

본인은 위의 정보가 본인이 아는 한 사실이며 정확함을 선언합니다.

APPLICANT NAME

신청자 이름

DATE OF BIRTH

생년월일

APPLICANT SIGNATURE

신청자 서명

DATE

날짜