

등록은 쉽습니다!

작성한 등록 양식을 인터넷으로 보내주시거나 거주지 보건소 또는 병원의 산과에 직접, 우편 또는 팩스로 제출하시기만 하면 됩니다.

지역 보건소

애보츠포드

#104 34194 Marshall Rd
604.864.3400

아가시즈

7243 Pioneer Ave
604.793.7160

버나비

#300 4946 Canada Way
604.918.7605

칠리왁

45470 Menholm Rd
604.702.4900

델타 - 북부

11245 84 Ave
604.507.5400

델타 - 남부

#1826 4949 Canoe Pass Way
604.952.3550

호프

444 Park St
604.860.7630

랭리

20389 Fraser Hwy
604.539.2900

메이플리지

#400 22470 Dewdney Trunk Rd
604.476.7000

미션

1st Floor 7298 Hurd Street
604.814.5500

뉴웨스트민스터

#218 610 Sixth St
604.777.6740

써리 - 클로버데일

#205 17700 56 Ave
604.575.5100

써리 - 길포드

10233 153 St
604.587.4750

써리 - 뉴턴

#200 7337 137 St
604.592.2000

써리 - 북부

10362 King George Blvd
604.587.7900

세 도시

#200 205 Newport Dr
604.949.7200

화이트록/사우스 써리

15476 Vine Ave
604.542.4000

www.fraserhealth.ca

Catalogue #264052 (March 2020)



Best for a healthy future
BEGINNINGS

• 공중 보건 프로그램 •

‘최상의 시작’ 프로그램 등록은 쉽습니다!

Registration for Best Beginnings is Easy!

‘최상의 시작’에는 어떻게 등록하나요?

1

프레저 헬스(Fraser Health) ‘최상의 시작’ 웹사이트 fraserhealth.ca/pregnancy에서 간편한 등록 양식을 작성하여 제출하시기만 하면 됩니다.

또는

2

이 등록 양식을 작성하여 거주지 보건소나 병원 산과(maternity clinic)에 내주십시오(보건소 연락처는 뒷면에 나와 있습니다).

등록 후에는 어떻게 되나요?

What happens after I register?

- 이 등록 양식으로 제공하는 정보는 비밀이 보장되는 의무 기록의 일부가 됩니다.
- 작성된 등록 양식은 공중 보건 간호사가 검토합니다.
- 등록하신 분은 유용한 정보 패키지를 우편으로 받습니다.
- 일부 여성은 공중 보건 간호사의 전화를 받아 도움이 되는 정보, 단체, 지원 서비스 등에 연결됩니다.

궁금한 점이 있는 분은 거주지 보건소(전화번호는 뒷면에 나와 있습니다)에 연락하시거나 프로그램 웹사이트 fraserhealth.ca/pregnancy를 보시기 바랍니다.





Best for a healthy future
BEGINNINGS

• 공중 보건 프로그램 •



프레이저 헬스 - 최상의 시작 프로그램에 등록해주셔서 감사합니다.

Thank you for registering for the Fraser Health – Best Beginnings Program.

제공 정보는 공중 보건 간호사가 검토합니다. 이 정보는 비밀이 보장되는 의무 기록의 일부가 됩니다.
일부 여성은 공중 보건 간호사의 전화를 받아 도움이 되는 정보, 단체, 지원 서비스 등에 연결됩니다.
임신 정보 패키지는 등록하는 모든 여성이 받습니다.

산전 등록 양식

(정자로 기재해주시오)

PRENATAL REGISTRATION FORM (Please Print)

이름과 연락처(알아보기 쉽게 기재해주시오 - 감사합니다)					
오늘 날짜 연/월/일			케어카드 번호		
성		이름			
주소		시		우편번호	
전화번호		집:		직장:	
		휴대전화:			
가장 확실하게 연락되는 전화는 어느 것입니까? <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 휴대전화					
전화에 메시지를 남겨도 됩니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					
전화 없이도 저희가 어떻게 연락할 수 있습니까?					
통화하기에 가장 좋은 시간은 언제입니까? <input type="checkbox"/> 아무 때나 <input type="checkbox"/> 오전 <input type="checkbox"/> 오후 <input type="checkbox"/> 낮에는 전화를 받을 수 없음					
담당 의료진					
의사 또는 조산사의 이름		시		전화번호 (선택사항)	
출산할 계획인 병원 이름					
임신 몇 개월째에 산전 진료 의사나 조산사를 처음 방문하셨습니다?			<input type="checkbox"/> 1~3개월		<input type="checkbox"/> 4~6개월
			<input type="checkbox"/> 7~9개월		<input type="checkbox"/> 10개월 이상
산전 교육에 참석 중이거나 참석할 계획이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					
아래의 임신 아웃리치 프로그램이나 지원 프로그램 중 어느 것에든 참석 중이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					
<input type="checkbox"/> POPS 프로그램		<input type="checkbox"/> Best For Babies		<input type="checkbox"/> 클라-하우-에야 원주민 센터	
<input type="checkbox"/> Better Beginnings		<input type="checkbox"/> Healthy Babies		<input type="checkbox"/> Healthiest Babies Possible	
				<input type="checkbox"/> 맥신 라이트 지역사회 보건 센터	
				<input type="checkbox"/> 기타(이름 또는 프로그램)	
개인 정보					
생년월일 연/월/일			만 나이		
출산 예정일? 연/월/일			오늘 현재 임신 몇 주이십니까? _____ 주		
이 아기로 새내기 엄마가 되십니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
캐나다에 사신지 얼마나 되셨습니까?		<input type="checkbox"/> 캐나다에서 출생		<input type="checkbox"/> 5년 미만	
				<input type="checkbox"/> 5~10년	
				<input type="checkbox"/> 11년 이상	
캐나다에 난민으로 오셨습니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
간호사와 대화할 때 통역사가 필요하십니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
통역사가 필요하다면 어느 언어를 구사하십니까?		<input type="checkbox"/> 편자브어 <input type="checkbox"/> 표준 중국어 <input type="checkbox"/> 광둥어 <input type="checkbox"/> 중국어 <input type="checkbox"/> 한국어 <input type="checkbox"/> 타갈로그어			
		<input type="checkbox"/> 불어 <input type="checkbox"/> 베트남어 <input type="checkbox"/> 이란어 <input type="checkbox"/> 기타(언어명)			
원주민이십니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
고등학교를 마치셨습니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
속이 상하거나 걱정이 되거나 그냥 이야기해야 할 때 대화할 수 있는 사람이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					
교통편, 주택, 아이 돌보기, 기타 개인적 필요를 도와줄 수 있는 사람이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					
가구 총소득으로 살아가기가 매우 어려우십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					
소득 보조(예: 장애, 웰페어, 고용 보험) 또는 BC 의료 보험료 보조를 받으십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					
지난 한 달 사이에 울적하거나 우울하거나 무기력하여 괴로우신 적이 자주 있었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					
지난 한 달 사이에 하는 일에 관심이거나 즐거움이 별로 없어 괴로우신 적이 자주 있었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					
담배에 관하여 다음 중 하나에 표시해주시오.		<input type="checkbox"/> 담배를 피운 적이 전혀 없다.		<input type="checkbox"/> 현재 담배를 피우고 있다.	
		<input type="checkbox"/> 금연한 지 1년이 채 안 됐다.		<input type="checkbox"/> 금연한 지 1년이 넘었다.	
사람들이 주위에서 얼마나 자주 담배를 피웁니까?		<input type="checkbox"/> 매일 <input type="checkbox"/> 주 1회 <input type="checkbox"/> 월 1회		<input type="checkbox"/> 월 1회 미만 <input type="checkbox"/> 전혀 없음	
아기에게 모유를 먹이실 계획입니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 아직 미정			
PUBLIC HEALTH NURSE COMPLETES SECTION BELOW					
Health Unit (where client resides)					
<input type="checkbox"/> Abbotsford		<input type="checkbox"/> Chilliwack		<input type="checkbox"/> Hope	
<input type="checkbox"/> Agassiz		<input type="checkbox"/> Cloverdale		<input type="checkbox"/> Langley	
<input type="checkbox"/> Burnaby		<input type="checkbox"/> Guildford		<input type="checkbox"/> Maple Ridge	
				<input type="checkbox"/> Newton	
				<input type="checkbox"/> TriCities: Port Coquitlam	
				<input type="checkbox"/> White Rock	
PHN Name		PHN Signature		Date: year/month/day	
				BB	
				NFP	
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	