

## 入學登記的健康狀況記錄 (修訂版 6-10)

學生姓名 \_\_\_\_\_ 年級 \_\_\_\_\_

(Last) 姓 (First) 名

出生日期 \_\_\_\_\_

為了保護孩子的健康和 safety，必要時可能會與學校工作人員共用這些資訊。

你的孩子曾經有以下任何一項：

Yes 是 No 否

過敏 \_\_\_\_\_ 那一種? \_\_\_\_\_

是否任何過敏都會危及生命? Yes 是 \_\_\_\_\_ No 否 \_\_\_\_\_ 那一種過敏? \_\_\_\_\_

哮喘 \_\_\_\_\_ 是嚴重的? Yes 是 \_\_\_\_\_ No 否 \_\_\_\_\_

蜜蜂叮咬過敏 \_\_\_\_\_ 是危及生命的? Yes 是 \_\_\_\_\_ No 否 \_\_\_\_\_

抽搐發作(癲癇) \_\_\_\_\_ 上次發作日期 \_\_\_\_\_

糖尿病 \_\_\_\_\_ 胰島素依賴性? Yes 是 \_\_\_\_\_ No 否 \_\_\_\_\_

骨折 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_ 哪個骨頭? \_\_\_\_\_

頭部受傷 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_ 有沒有住院? Yes 是 \_\_\_\_\_ No 否 \_\_\_\_\_

心臟病 \_\_\_\_\_ 是否身體上有限制? Yes 是 \_\_\_\_\_ No 否 \_\_\_\_\_

聽力損失 \_\_\_\_\_ 是否破舊的助聽器? Yes 是 \_\_\_\_\_ No 否 \_\_\_\_\_

骨科問題 \_\_\_\_\_ 請描述 \_\_\_\_\_

手術 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_ 類型 \_\_\_\_\_

結核 \_\_\_\_\_ 上次 TB 結核病皮膚敏感測試的日期 \_\_\_\_\_

尿道問題 \_\_\_\_\_ 需要協助? Yes 是 \_\_\_\_\_ No 否 \_\_\_\_\_

視力問題 \_\_\_\_\_ 眼鏡? \_\_\_\_\_ 隱形眼鏡? \_\_\_\_\_

任何需要學校特別注意的疾病或嚴重疾病? Yes 是 \_\_\_\_\_ No 否 \_\_\_\_\_

請描述/詳細解釋 \_\_\_\_\_

定期服用的所有藥物的名稱 \_\_\_\_\_

如果你的孩子將在學校或學校活動中服用任何類型的藥物，請索取奇諾谷聯合學區藥物表格。這必須存檔，才能在學校/學校活動中給予或攜帶藥物。這包括非處方藥和處方藥。

給予急救許可 Yes 是 \_\_\_\_\_ No 否 \_\_\_\_\_

你的孩子有健康保險嗎? Yes 是 \_\_\_\_\_ No 否 \_\_\_\_\_ 如果您想瞭解各種健康計劃的資訊，請聯繫學校衛生室。

家長/監護人簽名

日期