

健康登記表

學生姓名 \_\_\_\_\_ 年級 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

家長/監護人姓名與住址 \_\_\_\_\_

街道 _____	城市 _____	郵區 _____
住家電話 _____	家長/監護人工作電話 _____	
家長/監護人工作電話 _____	家長/監護人行動電話 _____	
家長/監護人行動電話 _____	傳呼機/其它聯絡號碼 _____	
緊急事件聯絡電話 _____	與學生關係 _____	

緊急事件聯絡人 \_\_\_\_\_

最後就讀的學校 (校名) \_\_\_\_\_

醫生或診所名稱和電話 \_\_\_\_\_ 最近就醫日期 \_\_\_\_\_

健康史

學生是否...	否	是	學生是否...	否	是
...有視力問題?			...有腸胃問題?		
...戴眼鏡?			...有膀胱問題?		
...戴隱形眼鏡?			...有牙齒問題?		
...有聽力問題?			...有憂鬱或焦慮?		
...有貧血?			...有糖尿病? * 請看另一面		
...有過敏?			...有情緒上的關注?		
...有急性過敏? ** 請看另一面			...有癲癇發作?		
...有哮喘?			...有心臟問題?		
...有注意力不集中 ADD/過度活動 ADHD?			此學生是否曾嚴重受傷?		
			有否其它任何關注?		

如果以上問題有任何回答是『是』，學生是否曾因此去急診或住院? 請說明: \_\_\_\_\_

學生曾否因此服用任何藥物? \_\_\_\_\_ 如果是，請說明 \_\_\_\_\_

學生是否需要在學校服用任何藥物? \_\_\_\_\_ 學生需要在學校服藥 (醫生處方或成藥) 必需有醫生證明及家長手寫同意書。請與學校秘書或上網 [www.seattleschools.org](http://www.seattleschools.org) (按 Services & Depts, 然後 School Nurses, 然後 Forms & Applications) 來獲得同意表格。

請完成另一面...

## CHINESE

### \* 糖尿病

如果學生患有糖尿病，他/她可能會受到新的州的法律影響，要求所有患有糖尿病的學生都需實行一個個人健康照顧計畫。如果你的子女是患有糖尿病，請與學校護士聯絡幫助你寫下學生的計畫。

---

### 急性過敏

如果你的子女有過敏，請回答以下的問題：

1. 你的孩子對什麼過敏 \_\_\_\_\_
2. 你孩子的症狀是什麼 \_\_\_\_\_
3. 前一次過敏的反應是什麼 \_\_\_\_\_
4. 醫生是否開過 epinephrine 『腎上腺素』或 Epi-pen 藥? \_\_\_\_\_  
如果有，請與學校護士聯絡在 \_\_\_\_\_

校區已經實施過敏管理策略，你應該與你孩子學校的護士聯絡來幫助你寫下個人照顧計畫。如果你的孩子使用 epinephrine 『腎上腺素』 (Epi-pen) 藥，在新的州法以下必需有治療程序放在學校，你的子女才能上學。

---

### 生命危險的狀況

本州法律要求學生有生命危險狀況者必需有醫療授權書和治療藥物放在學校，學生才被容許上學。藥物的類型有可能被法律之下要求，但是不限於 meter-dose inhalers 『噴劑』，Epi-pens，和無法控制的癲癇症的藥物。如果新的法律應用在你的子女身上，請與學校護士聯絡來寫下一份個人健康照顧計畫。

爲了您子女的安全，學校護士可能需要告知你子女的老師或學校員工孩子的健康狀況，來確保你子女獲得最合適的照顧。如果你對此作法有任何疑問，請與學校護士聯絡。

\_\_\_\_\_  
姓名(正楷)

\_\_\_\_\_  
簽名

\_\_\_\_\_  
與學生關係

\_\_\_\_\_  
今天日期