

## 年度学生健康信息更新

填写以下信息，然后将此表格退回给学生的学校或学校护士。

我们鼓励您尽快填写并退回该表格，以确保学校护士有你学生提供的最新健康信息。

\_\_\_\_\_  
学生姓氏

\_\_\_\_\_  
学生名字

\_\_\_\_\_  
学生中名

\_\_\_\_\_  
学生出生日期

\_\_\_\_\_  
学校名称

\_\_\_\_\_  
学生年级

\_\_\_\_\_  
医护人员名称

\_\_\_\_\_  
医护人员电话

### 会导致生命危险的新的或有改变的健康状况

请简短说明会有生命危险的情况。学校护士将与您联系以获取详细信息。

对于所有其他变化，例如过敏，药物或治疗，请直接与学校护士联系。

\_\_\_\_\_  
填写表格的人的姓名（请填写）

\_\_\_\_\_  
日期