FAIRFAX COUNTY PUBLIC SCHOOLS

健康資料

每學年由家長/監護人填寫

費郡健康部

第一部分：**由家長或監護人填寫。**
我們鼓勵家長/監護人在必要的情況下參與個人健康計劃的制定。

學生姓名：姓 名 中名	性別 ☐ 男 ☐ 女	出生日期 | |	年級	學年

家庭電話：( )	父親電話：( )	母親電話 ( )

我孩子的健康有問題，可能影響他/她在學校裡的學習： ☐ **否** ☐ **是的**（請填寫第二部分）

_____
家長或監護人姓名（請大寫或用打字機）

_____ _____
家長或監護人簽字 日期

第二部分：**請在所有適合於您孩子情況的方格內劃叉。**家長/監護人有責任向學校提供孩子在校期間所需要的藥物、特殊食品或者器材。請和學校醫務室聯系，得到正確的藥品和使用程序表格。

☐ **過敏**

過敏種類
☐ 食品 請列出過敏食品 _____
☐ 蜜蜂螫
☐ 其他（請詳細說明）_____

反應：
☐ 咳嗽 ☐ 蕁麻疹 ☐ 皮疹
☐ 呼吸困難 ☐ 局部紅腫 ☐ 喘息
☐ 全身紅腫 ☐ 惡心 ☐ 其他_____

醫生建議***在學校裡***使用的治療方法：
☐ 口服抗組安劑（Benadryl 等） ☐ Epi-pen（一種注射裝置） ☐ 其他 _____

☐ **氣喘病**

起因： ☐ 鍛鍊 ☐ 環境 ☐ 其他（註明）_____
體育課限制： ☐ 無 ☐ 自我控制 ☐ 其他 _____
症狀或反應：
☐ 胸部發緊，不舒服或疼痛 ☐ 呼吸困難 ☐ 嗓子發癢，發緊或者疼痛
☐ 咳嗽 ☐ 聲音沙啞 ☐ 喘息
☐ 其他 _____

醫生建議***在學校裡***使用的治療方法：
☐ 吸入劑 ☐ 口服抗組安劑 ☐ 口服類固醇
☐ 噴霧器 ☐ 口服支氣管擴張器 ☐ 高峰呼吸監控器

孩子由於氣喘病最後一次住院是在什麼時候 _____

☐ **糖尿病**

醫生所建議***在學校裡***使用的治療方法：
☐ 胰島素 ☐ 注射 ☐ 注射筆（Pen） ☐ 泵
☐ 血糖測試
☐ Glucagon
☐ 口服藥品 請列明藥品 _____

對飲食和體育課是否有特別要求？ ☐ 沒有 ☐ 有

後面一頁上有更多表格

☐ 癲癇病

癲癇種類：
☐ 失神（目光凝滯，無反應） ☐ 綜合性局部 ☐ 全身強直性癲癇（癲癇大發作）
☐ 其他（請解釋）_____

體育課是否有任何限制： ☐ 沒有 ☐ 有
在***學校裡***需要服用的藥物： ☐ 沒有 ☐ 有 請列出藥品_____
上一次發作是在什麼時候：_____ 持續時間 _____

☐ 其他健康問題

☐ 癌症 ☐ 血友病 ☐ 心臟病 ☐ 身體殘障 ☐ 其他（請解釋）_____
體育課是否有任何限制： ☐ 沒有 ☐ 有
在***學校裡***需要服用的藥物： ☐ 沒有 ☐ 有 請列出藥品_____
在***學校裡***需要的特別程序（比如導管插入，心臟監視器等）：☐ 沒有 ☐ 有 請解釋_____
_____

☐ 視力

☐ 隱形眼鏡/眼鏡
☐ 其他 _____

☐ 聽覺

☐ 助聽器
☐ 其他_____

第三部分：**由學校公共健康護士填寫**—如果家長/監護人顯示學生具有其他健康問題的話。

☐ 注意到的問題：
- ☐ 按照適當程序進行（學校健康照料緊急程序－臨時照料手冊中的建議）
- ☐ 醫療報警
- ☐ 個人健康照料計劃/程序

_____ _____
公共健康護士 日期

記錄：_____

費郡公立學校對外提供學生檔案資料的條件是，收到資料的人同意在沒有得到家長或具有資格的學生的書面同意的情況下，不向任何其他人提供這些資料。

請盡快將填寫完的表格交還給學校醫務室