

健康信息

此表格每学年填写一次，告知可能影响
您孩子在校表现已有和新发的健康情况

为了让公共卫生护士 (PHN) 了解您孩子的健康状况并为其健康需要而制定相应计划，填写本表格是必要的。本表格上的信息只有在必要时才会和有关的学校工作人员分享。家长在本表格上提供的信息受到家庭教育权利隐私法 (FERPA) 的保护。本表格作为学生教育档案的一部分，将被妥善保存在医务室里。费郡公立学校 (FCPS) 和费郡卫生局 (FCHD) 还使用去识别化的总结性健康数据来形成向维州教育部提交的必要公共健康报告，以及监测学校社区的健康需求。如果在学年中您孩子的健康状况发生了变化或者您对本表格有任何问题，请和您孩子学校医务室里的公共卫生护士联系。

第一部分：个人信息：

学生姓名: 姓		名	中名	出生日期
学年	学校名称	年级	教师/咨询指导教师	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 非二元性别
家长/法定监护人姓名		家庭电话	手机号码	工作电话
家长/法定监护人姓名		家庭电话	手机号码	工作电话

第二部分：严重或危及生命的健康状况：

状况	如果是 请划勾	评语
严重过敏 / 过敏性休克	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食物: _____ <input type="checkbox"/> 昆虫蛰咬: _____ <input type="checkbox"/> 乳胶过敏 已有肾上腺素处方? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 以前是否注射过肾上腺素? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 注射日期: _____
哮喘	<input type="checkbox"/>	诱因: <input type="checkbox"/> 锻炼 <input type="checkbox"/> 环境 <input type="checkbox"/> 上呼吸道感染 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 已有吸入器处方? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 已有雾化器治疗处方? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 过去一年去过几次急救室 (ER): ____
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> I型 <input type="checkbox"/> II型 诊断日期: _____ 急救药名称: _____ 血糖监测: <input type="checkbox"/> 血糖仪 <input type="checkbox"/> 连续血糖监测 胰岛素使用方式: <input type="checkbox"/> 注射器 <input type="checkbox"/> 笔 <input type="checkbox"/> 泵
癫痫	<input type="checkbox"/>	癫痫种类: _____ 最近发病日期: _____ 在学校是否需要急救药品? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 已植入迷走神经刺激器? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

第三部分：目前身体健康状况：

状况	如果是 请划勾	评语 (请提供细节)
身高/体重		身高: ____ 英尺 ____ 英寸 体重: ____ 英镑
过敏 (不会对生命构成威胁)	<input type="checkbox"/>	
血液病	<input type="checkbox"/>	
癌症	<input type="checkbox"/>	目前免疫力低下 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
囊性纤维化	<input type="checkbox"/>	
牙科/口腔健康状况	<input type="checkbox"/>	
耳鼻喉状况	<input type="checkbox"/>	请具体说明:
内分泌失调(糖尿病除外)	<input type="checkbox"/>	
食物不耐症	<input type="checkbox"/>	食物: _____ 胃肠道疾病/消化系统紊乱 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
偏食/饮食偏好	<input type="checkbox"/>	
胃肠/胃/肠道	<input type="checkbox"/>	
听力状况	<input type="checkbox"/>	
心脏/心血管	<input type="checkbox"/>	
肾脏/泌尿道疾病	<input type="checkbox"/>	
头痛/偏头痛	<input type="checkbox"/>	
肺病 (哮喘除外)	<input type="checkbox"/>	
行动不便	<input type="checkbox"/>	

健康信息

此表格每学年填写一次，告知可能影响您孩子在校表现已有和新发的健康情况

姓 _____	名 _____	出生日期 _____
---------	---------	------------

第四部分：目前健康状况（续）

状况	如果是请划勾	评语 (请提供细节)
肌肉/骨骼/关节/关节炎	<input type="checkbox"/>	请具体说明: _____
神经病学 (癫痫以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 脑损伤/脑震荡/确诊日期: _____ <input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 其他: _____
皮肤病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 其他
视力问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 隐形眼镜/眼镜 <input type="checkbox"/> 不可矫正 <input type="checkbox"/> 其他:
其他健康状况	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自闭症 <input type="checkbox"/> 唐氏综合症 <input type="checkbox"/> 其他:

情感/精神健康状况:

多动症/注意力缺失症	<input type="checkbox"/> 医生已确诊 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 治疗中 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
焦虑	<input type="checkbox"/> 医生已确诊 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 治疗中 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
抑郁	<input type="checkbox"/> 医生已确诊 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 治疗中 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
饮食紊乱	<input type="checkbox"/> 医生已确诊 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 治疗中 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他:	<input type="checkbox"/> 医生已确诊 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 治疗中 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

第五部分：健康程序:

费郡卫生局向进行免费体检的社区医疗资源提供转诊信息。请参见 <https://www.fairfaxcounty.gov/health/clinics>。

如果您的孩子有健康问题，您的孩子在上学期间是否需要任何健康程序或需要任何特殊设备？

是 否 如果回答是肯定的，请详细描述: _____

第六部分：列出您孩子定期服用的所有药物和剂量，并说明哪些药物要在学校服用。

_____ _____ _____

家长或监护人负责向学校提供学生在白天可能需要的任何药物、特殊食物、设备。药物、程序授权和体育课(PE)表格可在以下网址找到 <https://www.fcps.edu/registration/forms> 或者也可以从学校医务室获得。

家长同意：我同意允许我孩子的医疗服务提供者与费郡公立学校工作人员和学校公共卫生护士讨论本表格中的信息。

是 否

医疗服务提供者姓名	医疗服务提供者电话号码	
家长/监护人姓名(请大写或打字)	家长/监护人签名	日期

Public Health Nurse Use Only Below This Line

<input type="checkbox"/> HIF Reviewed	<input type="checkbox"/> Follow Protocol (SH Care Emerg.-Temp. Care Guidelines)	<input type="checkbox"/> Health Condition List
<input type="checkbox"/> Mental Health Condition List	<input type="checkbox"/> Action Plan/Health Plan or Procedure	
Notes: _____		

Public Health Nurse Name	Public Health Nurse Signature	Date