



# 年度医疗表

学年 \_\_\_\_\_

学生	家长/监护人	电话
出生日期	年级	
地址	家长/监护人	电话
<input type="checkbox"/> 未成年无人陪伴者	紧急	电话
医生	牙医	
电话	电话	上次就诊
		上次就诊

危及生命的过敏:

救急药物	最近事件
------	------

请说明您的孩子是否有以下任何一种情况:

<input type="checkbox"/> 癫痫或癫痫发作 <a href="#">癫痫发作问诊表</a>	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <a href="#">糖尿病问诊表</a>
<input type="checkbox"/> 哮喘或肺部疾病 <a href="#">哮喘问诊表</a>	<input type="checkbox"/> 心血管状况
<input type="checkbox"/> 镰状细胞 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 其他血液疾病	<input type="checkbox"/> 手术/住院/外伤史
<input type="checkbox"/> 心理健康状况	<input type="checkbox"/> 其他

请列出您的孩子在家服用的所有药物。

药物	强度、剂量、给药途径	服药时间

如果您的孩子在校期间需要用药, 请填写此表格:

### [用药授权表](#)

如果您需要以下任何方面的帮助, 校医可以提供资源来帮助您的家人

<input type="checkbox"/> 获得健康保险	<input type="checkbox"/> 住房
<input type="checkbox"/> 寻找医疗、牙科或心理健康服务提供者	<input type="checkbox"/> 衣服
	<input type="checkbox"/> 食物

通过在下面签名, 我允许校医与适当的学校和医务人员分享有关我学生的健康信息, 以保证我学生在学校的持续安全。

家长/监护人 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_