



哮喘问诊

学年 _____

学生 出生日期 胸腔科医生 电话 包括住院史在内的相关病史。	年级 上次就诊	家长/监护人 家长/监护人 紧急 <input type="checkbox"/> Maine Care <input type="checkbox"/> 私人保险 <input type="checkbox"/> 需要信息	电话 电话 电话
--------------------------------------------	------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------

课外活动	发病年龄	上次症状	其他病症
已知诱因 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 烟雾 <input type="checkbox"/> 浓烈气味 <input type="checkbox"/> 情绪 <input type="checkbox"/> 体力活动	过敏： <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> 狗 <input type="checkbox"/> 粉尘 <input type="checkbox"/> 霉菌 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 食物： 其他：		

回答以下与哮喘相关的问题。

在过去 12 个月中，您的孩子有多少次出现以下情况： _ 急诊室/紧急护理就诊 _ 住院治疗 _ 服用口服类固醇 _ 缺课	在过去 4 周内，您的孩子有多少次出现以下情况： _ 咳嗽、气喘、呼吸困难 _ 使用救援吸入器 _ 因哮喘夜间醒来 _ 正常活动中断
---------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

请务必在年度健康表上列出日常和紧急药物。

描述在校期间必要的注意事项。

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 运动会/体育课 | <input type="checkbox"/> 教室 |
| <input type="checkbox"/> 课间休息 | <input type="checkbox"/> 巴士/交通 |

请分享任何与健康相关的目标和所需的帮助。

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 _____

紧急情况下，如果需要帮助，但无法联系到紧急联系人，我们将联系医疗保健提供者，并在必要时拨打 911（急救电话）。