



糖尿病问诊

学年 _____

学生	家长/监护人	电话	
出生日期	年级	家长/监护人	电话
内分泌科医生	紧急	电话	
电话	上次就诊		
糖尿病护理及教育工作者	<input type="checkbox"/> MaineCare	<input type="checkbox"/> 私人保险	<input type="checkbox"/> 需要信息
电话			
包括住院史在内的相关病史	诊断年龄	类型	最近 A1C
家庭地址:	课外联系方式:		
巴士号码 (如适用):	电话		
课外活动:			
血糖监测系统	非紧急咨询联系人:		
	首选方式 ____ 电话 ____ 短信 ____ 电子邮件		
	频率		
胰岛素输送系统	酮类监测方法及参数		

描述在校期间必要的注意事项。

- 运动会/体育课
- 课间休息
- 教室
- 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)。