

# 学生健康记录

学生姓名, 姓: \_\_\_\_\_ 名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 年级: \_\_\_\_\_ School District

你的学生有威胁生命的健康问题吗?  有  没有

州法律要求患有过敏反应、严重哮喘、糖尿病或癫痫等危及生命的疾病的学生在开学前完成护理计划。尽快联系学校护士，填写正确的表格。

## 病史(选择所有适用选项)

<p><b>危及生命的病情:</b> (要求有护理计划)</p> <p><input type="checkbox"/> 过敏反应 (肾上腺素处方), 列出过敏原: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 1型糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> 癫痫发作 - (需要紧急药物)</p> <p><input type="checkbox"/> 哮喘 - 严重</p> <p><input type="checkbox"/> 其他危及生命的病情: _____</p> <p><b>先天性/遗传性</b></p> <p><input type="checkbox"/> 唐氏症</p> <p><input type="checkbox"/> 胎儿酒精谱系障碍</p> <p><input type="checkbox"/> 其他先天性/遗传性: _____</p> <p><b>血液/血液学</b></p> <p><input type="checkbox"/> 贫血</p> <p><input type="checkbox"/> 血友病</p> <p><input type="checkbox"/> 镰状细胞: <input type="checkbox"/> 特质病</p> <p><input type="checkbox"/> 严重鼻出血病史</p> <p><input type="checkbox"/> 其他血液病: _____</p> <p><b>心血管/心脏</b></p> <p><input type="checkbox"/> 先天性心脏缺陷</p> <p><input type="checkbox"/> 心脏杂音</p> <p><input type="checkbox"/> 其他心血管疾病: _____</p> <p><b>过敏、免疫、内分泌、代谢和营养</b></p> <p><input type="checkbox"/> 过敏 - 食物, 列表: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 过敏 - 昆虫: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 过敏 - 其他 列表: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 2型糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> 食物限制: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 其他内分泌、免疫、营养或代谢: _____</p> <p><b>胃肠道、牙科和口腔</b></p> <p><input type="checkbox"/> 乳糜泻</p> <p><input type="checkbox"/> 食物不耐受, 列表: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 乳糖不耐受</p> <p><input type="checkbox"/> 儿童大便失禁</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性便秘</p> <p><input type="checkbox"/> 胃反流</p> <p><input type="checkbox"/> 炎症性肠病: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 肠易激综合征</p> <p><input type="checkbox"/> 其他胃肠道、肝脏、牙科、口腔疾病: _____</p> <p><b>肌肉骨骼</b></p> <p><input type="checkbox"/> 幼年类风湿/特发性关节炎</p> <p><input type="checkbox"/> 其他肌肉骨骼病症: _____</p> <p><b>癌症/肿瘤</b></p> <p><input type="checkbox"/> 请列表: _____</p>	<p><b>神经系统</b></p> <p><input type="checkbox"/> 多动症</p> <p><input type="checkbox"/> 自闭症谱系障碍</p> <p><input type="checkbox"/> 脑瘫</p> <p><input type="checkbox"/> 发育障碍</p> <p><input type="checkbox"/> 偏头痛</p> <p><input type="checkbox"/> 头痛, 反复发作</p> <p><input type="checkbox"/> 癫痫发作 <input type="checkbox"/> 现在 <input type="checkbox"/> 曾经</p> <p><input type="checkbox"/> 种类: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 创伤性脑损伤</p> <p><input type="checkbox"/> 其他神经系统疾病: _____</p> <p><b>移植</b></p> <p><input type="checkbox"/> 列出器官: _____</p> <p><b>心理或行为健康</b></p> <p><input type="checkbox"/> 焦虑症</p> <p><input type="checkbox"/> 忧郁症</p> <p><input type="checkbox"/> 睡眠障碍</p> <p><input type="checkbox"/> 其他心理或行为健康疾病: _____</p> <p><b>呼吸系统/呼吸</b></p> <p><input type="checkbox"/> 哮喘 - 现在</p> <p><input type="checkbox"/> 哮喘 - 从未确诊</p> <p><input type="checkbox"/> 哮喘 - 运动诱发</p> <p><input type="checkbox"/> 反应性气道疾病</p> <p><input type="checkbox"/> 其他呼吸系统疾病: _____</p> <p><b>皮肤</b></p> <p><input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 接触性皮炎 <input type="checkbox"/> 牛皮癣</p> <p><input type="checkbox"/> 其他皮肤疾病: _____</p> <p><b>肾/肾脏</b></p> <p><input type="checkbox"/> 请列表: _____</p> <p><b>耳朵/听力 - 请注明 L为左, R为右</b></p> <p><input type="checkbox"/> 慢性耳朵感染 <input type="checkbox"/> 现在 <input type="checkbox"/> 过去</p> <p><input type="checkbox"/> 听力障碍: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 助听器 _____ <input type="checkbox"/> 耳蜗植入 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 其他耳朵疾病: _____</p> <p><b>眼睛/视力</b></p> <p><input type="checkbox"/> 戴眼镜 <input type="checkbox"/> 戴隐形眼镜</p> <p><input type="checkbox"/> 色盲</p> <p><input type="checkbox"/> 视力障碍</p> <p><input type="checkbox"/> 其他眼睛疾病: _____</p> <p><b>其他健康问题和信息</b></p>
<p><input type="checkbox"/> 不明健康问题</p>	<p>请签姓名首字 _____</p>

## 学生健康记录

学生姓名, 姓: \_\_\_\_\_ 名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

### 药物

请报告您的学生在家中和/或学校服用的所有药物。

在家里需要服药吗?	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	请列表: _____
在学校需要服药吗? 如需要在学校服药 请完成所需文件	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 需要	请列表: _____
州法律要求在学校服用任何药物 (处方药和非处方药) 之前, 必须获得监护人和医疗保健提供者的书面许可。表格可从您的学校办公室或我们的地区网站获得, 必须每年填写一次。			

<b>医疗器械</b> <input type="checkbox"/> 迷走神经刺激仪。 <input type="checkbox"/> 自动心脏内除颤器 <input type="checkbox"/> 心脏起搏器 <input type="checkbox"/> 胃造口管 <input type="checkbox"/> 空肠造口管 <input type="checkbox"/> 支架 <input type="checkbox"/> 假肢, 列表: _____ <input type="checkbox"/> 其他医疗器械, 列表: _____	<b>造口</b> <input type="checkbox"/> 胃造口术 <input type="checkbox"/> 结肠造口术 <input type="checkbox"/> 气管造口术 <input type="checkbox"/> 尿路造口术 <input type="checkbox"/> 其他, 列表: _____  <b>身体活动/移动性问题:</b> <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 其他, 列表: _____
---	--

我了解, 我提供的信息将与需要了解的适当学校员工共享, 以确保我的学生的健康和​​安全。如果在医疗紧急情况发生时无法联系到家长/监护人或经授权的紧急联系人, 并且如果学校当局认为需要立即护理, 我授权并指示学校当局将学生送往最容易到达的医院或医疗保健提供者。我理解, 我将对所提供的任何服务的付款承担全部责任。我知道华盛顿法律要求我的学生在开学前必须完成或有条件地进行免疫接种。我允许我孩子的学校将免疫信息添加到免疫信息系统, 以帮助学校维护我孩子的学校记录。

家长/监护人签字: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

### 仅供办公室使用

### 免疫验证

WAIS # \_\_\_\_\_

CIS Series:  学前班  幼儿园~6年级  7-8年级  9-12年级

WAIS免疫状态证书上的免疫状态已完成(CIS).

或

在WAIS 免疫状态证书上的免疫状态是有条件的, 此有条件状态的过期日期是在第一天出勤之后。

家长/监护人已​​在免疫状态证书上签署有条件状态的确认书。

或

学生不在WAIS。必须提供经医学验证的免疫记录。

已提供经医学验证的免疫记录

输入声明的权限已签名

或

豁免证书 (COE) 适用于所有不符合WAIS CIS或WAIS的疫苗。

已完成全部豁免证书

输入声明的权限已签名

或

WAIS CIS的免疫状态未完成。在收到缺失的免疫证明文件, 并且将CIS状态更改为“完成”或“有条件”的之前, 学生不得入学。

验证免疫的工作人员: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_