

学生健康信息表

请填写您孩子的下列健康信息：

姓：
出生日期：
家庭医生：
家庭牙医：
医疗保险

名：
学校：
电话：
电话：

中间
名缩写

就读年级

请列出您孩子正在服用的药物：

所有药物必须装在带有药品标签的原装容器中，并由一个成年人拿到医务室。 学生不得携带任何处方或非处方药乘车或来校（例外包括肾上腺素笔、吸入器和胰岛素）

请勾选您孩子适用的所有项目：

- ADD/ADHD ASD 焦虑症 哮喘 脑震荡 抑郁症
 糖尿病 心脏病 肾病 偏头痛 癫痫症

其他身体 / 心理健康问题：

过敏（请详细说明）：

目前的 IEP/504/其他：

使用助听器？ 左 右 眼镜 隐形眼镜

视觉障碍（请具体说明）：

我同意施用（请勾选适当方框）：

- 苯海拉明 止咳药水 布洛芬 抗胃酸咀嚼片 泰诺
 碘化钾（在发生核事故时使用）

若同意学校护士履行这项特权，请在下方签名：

我同意学校护士在必要时与学校有关人员分享有关我孩子的健康状况，以满足我孩子的健康和需要，并
与我孩子的初级保健医生交换信息，以便转诊、诊断和治疗。

家长 / 监护人签名

日期