



ကျောင်းသားအမည် _____ ကျား၊ _____ မွေးရက် _____ တန်း _____
ဖုန်းနံပါတ် _____ သူနာပြုစာတိုရမလား ဟုတ် မဟုတ်ဘူး

ကျွန်ုပ်၏ကလေးသည် ကျောင်းစတင်သည့်နေ့ကို ထိခိုက်စေသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပြဿနာမရှိပါ။
ကျောင်းသားတွင် 504 ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်ဘူး
ကျောင်းသားတွင် IEP ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်ဘူး
 ကျွန်ုပ်၏ကလေး၏ကျန်းမာရေးအခြေအနေ(များ)သည် သူ၏/သူမ၏အဓိကဘဝလုပ်ဆောင်မှုတစ်ခု သို့မဟုတ် တစ်ခုထက်ပို၍ သိသိသာသာ ကန့်သတ်ထားသည်ဟု ကျွန်ုပ်ယုံကြည်ပါသည်။

ကျေးဇူးပြု၍ ဆေးဝါးလိုအပ်သည့် ပြင်းထန်သော အသက်အန္တရာယ်ရှိသော ဓာတ်မတည့်မှုများကို စာရင်းပြုစုပါ။
ကျေးဇူးပြု၍ အသေးစိတ်စာရင်းပြုစုပါ။
 Epi-pen လိုအပ်သည်- _____

သင့်ကလေးတွင် အောက်ပါပြဿနာများရှိပါက အကွက်များကို အမှန်ခြစ်ပေးပါ။

ADD/ADHD ဦးခေါင်းထိခိုက်ဒဏ်ရာခြင်း/ ထိတ်လန့်ခြင်း အဆုတ်ရောဂါ ရာဇဝင် COVID Migraines ဆေးညွှန်း
 စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ/စိတ်ရောဂါ Dyslexia အတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စစ်ဆေးမှု အရောင် ကန်းခြင်း ၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စစ်ဆေးမှု ရှိသည် ဖော်ပြပါ။ _____

ဓာတ်မတည့်ပါက အသက်အန္တရာယ် မစိုးရိမ်ရပါ။
ဖော်ပြပါ။ _____

ဖမ်းဆီးရမိခြင်း။
အရေးပေါ်အတက်ရောဂါ ဆေးဝါး- _____

ပန်းနာရင်ကျပ် ရှူဆေးပါရှိသည် ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ။

Autism Cystic Fibrosis

Sickle Cell ရောဂါ သို့မဟုတ် လက္ခဏာများ

ကင်ဆာအမျိုးအစား- _____

ဆီးချိုရောဂါ Type I Type II

အထူးလုပ်ထုံးလုပ်နည်းများ လိုအပ်သည် _____

အခြား _____

ကျောင်းသားသည် မိဘဖြစ်သည်။

ပန်းနာရင်ကျပ်၊ ဆီးချို၊ တက်ခြင်း နှင့် ပြင်းထန်သော ဓာတ်မတည့်မှု ကဲ့သို့သော အခြေအနေရှိသော ကျောင်းသားများအတွက် တစ်ဦးချင်း ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်များ ထားရှိသင့်ပါသည်။ ဤကျန်းမာရေးအစီအစဉ်အချို့သည် သမားတော်၏ လက်မှတ်လိုအပ်သည်။ သင့်ကလေး၏ဘေးကင်းမှုကိုသေချာစေရန်၊ ဤအစီအစဉ်များကို အပြီးသတ်ရန် သင့်ကျောင်းသူနာပြုထံ အမြန်ဆုံးဆက်သွယ်ပါ။

ကျွန်ုပ်၏ကလေးအား စောင့်ရှောက်မှုသေချာစေရန်၊ သက်ဆိုင်ရာကျောင်းဝန်ထမ်းများအား သက်ဆိုင်ရာကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ဖတ်ရှုပြီး သဘောတူပါသည်။ ၎င်းကို လျှို့ဝှက်နည်းလမ်းဖြင့် 'သိရန်လိုသည်' အခြေခံဖြင့်သာ လုပ်ဆောင်မည်ဖြစ်သည်။ ကျောင်းသူနာပြုသည် အထက်ဖော်ပြပါ ကျန်းမာရေးအခြေအနေ(များ) နှင့် ပတ်သက်၍ ကျွန်ုပ်၏ကလေး၏ မိသားစုဆရာဝန်(များ)နှင့် တိုင်ပင်ဆွေးနွေးနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်သဘောတူပါသည်။ ဆေးဝါးများနှင့်/သို့မဟုတ် ကလေး၏ကျန်းမာရေးအခြေအနေပြောင်းလဲမှုမှန်သမျှကို ကျောင်းသူနာပြုနှင့် ကျွန်ုပ်၏ကလေး၏ဆရာအား စာဖြင့်အကြောင်းကြားရန် သဘောတူပါသည်။ အရေးပေါ်အခြေအနေအတွက် ကျောင်းကို လက်ရှိဖုန်းနံပါတ်နဲ့ လိပ်စာကို ပေးပါမယ်။ အထက်ဖော်ပြပါခွင့်ပြုချက်သည် ခွင့်ပြုချက်ကို စာဖြင့်ရေးသား၍ မရုပ်သိမ်းပါက အောက်ဖော်ပြပါရက်စွဲမှ တစ်နှစ်အထိ သက်တမ်းရှိမည်ဖြစ်ပါသည်။ သင့်ကလေးနှင့်ပတ်သက်သည့် အရေးပေါ်အခြေအနေမျိုးတွင် ဆရာဝန်ခေါ်ရန် ဤကျောင်းပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု၏ မူဝါဒဖြစ်ပြီး ပြင်းထန်သောကိစ္စများတွင်သာ သင့်ကလေးကို ဆေးရုံသို့ ခေါ်ဆောင်သွားပါမည် သို့မဟုတ် 911 သို့ ဆက်သွယ်အကြောင်းကြားမည်ဖြစ်သည်။ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူအမည် _____ ရက်စွဲ _____