

# 慢性病證明表格



學生姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 年級: \_\_\_\_\_

將表格發至: \_\_\_\_\_ 學校: \_\_\_\_\_

傳真或電子郵件: \_\_\_\_\_

## Physician Verification

Dear Physician:

Your patient is a student enrolled in the San Mateo Union High School District. For our records, please list the chronic illness diagnosed for the student. Also, please check or list symptoms that would not warrant an office visit but might require the student to stay home from school. This will allow the parent/guardian to verify illnesses by listing in writing to the school the symptoms designated below, without bringing the child into your office for an examination. This document expires at the end of the academic year it was received.

Physician's signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Physician's printed name: \_\_\_\_\_

Physician's address: \_\_\_\_\_

**Note: Copy of business card or letterhead is required.**

## Chronic Illness / Medical Diagnosis / Symptoms / Frequency\*

Diagnosis: \_\_\_\_\_

Symptoms: \_\_\_\_\_

Expected Frequency of Episodes: \_\_\_\_\_ (Example: Monthly, four times per school year, etc.)

Length of absence per episode: \_\_\_\_\_ day(s)

### Neurological System

- Lethargy
- Dizziness/Unsteadiness
- Numbness in extremities
- Petit mal seizures
- Grand mal seizures
- Blurred vision

### Integumentary System

- Skin lesions
- Infections
- Edema

### Gastrointestinal System

- Nausea/vomiting
- Diarrhea
- Constipation
- Abdominal pain

### Respiratory System

- Weakness/fatigue
- Pallor/Cyanosis
- Continual coughing
- Congested airway
- Difficulty breathing
- Pain

### Cardiovascular System

- Weakness/dizziness
- Pallor/Cyanosis
- Palpitations
- Rapid pulse
- Arrhythmia
- Pain
- Fever/infection

**Ear, Nose and Throat**

- Chronic Infections
- Severe allergies
- Severe asthma
- Fever
- Pneumonia/bronchitis

**Musculoskeletal System**

- Pain
- Inflammations/swelling

**Genitourinary System**

- Bladder/kidney infection
- Fever

**Additional Comments:****家長／監護人對於資訊交流之授權書**

本人特此要求並授權 San Mateo Union 高中學區之學校／學區衛生辦公室指定工作人員與上述醫師交流有關本人子女上述診斷之資訊。

本人要求, San Mateo Union 高中學區在聯絡授權醫療專業人士之前, 必須先聯絡簽署本授權書的家長／監護人。\_\_\_\_\_(在此填寫姓名首字母以提出要求)

僅在缺課頻率或時長超出上述授權之數量時, 方可進行此等聯絡。藉由此證明, 本人進一步瞭解: 本人必須提交書面說明來覈實每一次缺課。

家長／監護人簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

家長／監護人列印姓名: \_\_\_\_\_

**\*All areas and appropriate symptoms must be filled in for this form to be valid.**

## 慢性病證明表格 (CIVF) 常見問題解答

《慢性病表格》允許家長／監護人以與醫療專業人士相同的權力為因特定疾病而缺課提供理由。 以下為正確填寫表格以建立並維護此授權的指引。

1. 必須雙面填寫 CIVF。
  - a. 第 1 面 = 慢性病證明表格；
  - b. 第 2 面 = 資訊公佈或交流同意書
2. 學校／學區不會接收不含預期發病頻率、缺課時長、診斷、未列出相應症狀、未隨附醫師或醫務組信頭／名片及相應簽名的任何 CIVF。 填寫不完整的表格將送還家長／監護人。
3. 學校可能會將 CIVF 傳真回醫師辦公室，以核對文件的真實性。 若管理員或其指定人員發現任何 CIVF 有不實內容，則必須拒絕接收此等表格。
4. 當家長／監護人提供書面證明並在表格的「症狀」一欄下具體列出一個或多個原因時，學校僅會將缺課標為「I」(病假 (Illness))。 不接受電話請假，任何未透過書面證明妥善說明原因的缺課均將被標為「無故缺課」或「曠課」。
5. 學校工作人員將監控因故缺課的預期發病頻率和發病時長是否合理地符合表格上所載的醫師指引。 如果擔心孩子因缺課而影響學業進步，或者擔心特權被濫用，學校將與學生和／或家長／監護人聯絡，探討這些擔憂。 對於一些患有慢性病的孩子，其他教育方案可能更能適當地滿足他們的需求。
6. 如果學校的擔憂未得以解決，那麼在與學生和／或家長／監護人交談後，會有指定的衛生服務工作人員聯絡授權醫師，詢問關於診斷和缺課的具體問題。 如果家長／監護人簽署姓名首字母以要求在聯絡醫師之前先與其聯絡，則衛生服務工作人員將查閱 CIVF 上的資訊。
7. 請記住，CIVF 表格在學年結束時到期。 請每年獲取一個新表格。

如有疑問，請聯絡您學校的衛生助理或 SMUHSD 衛生服務經理，電話：650-558-2222。