



HEALTH and WELLNESS SERVICES

1200 South Barr Street • Fort Wayne, IN 46802 • Phone: 260.467.1080 • Fax: 260.467.2862

Allergic Reaction Parent-Physician Information 2025-26

PARENT INFORMATION

ကျောင်းသား _____ တန်း _____ DOB _____ အခန်းနံပါတ် _____

အုပ်ထိန်းသူအမည် _____ ဖုန်းနံပါတ် _____

အရေးပေါ်အဆက်အသွယ် _____ ဆက်ဆံရေး _____ ဖုန်းနံပါတ် _____

အရေးပေါ်အဆက်အသွယ် _____ ဆက်ဆံရေး _____ ဖုန်းနံပါတ် _____

မိသားစုဆရာဝန် _____ ဖုန်းနံပါတ် _____ ဓာတ်မတည့်သောဆရာဝန် _____ ဖုန်းနံပါတ် _____

Hospital Preference: ☐ Lutheran (W. Jefferson) ☐ Lutheran (Dupont) ☐ Parkview (North) ☐ Parkview (Randallia) ☐ Saint Joseph

သင့်ကလေးတွင် ဓါတ်မတည့်မှု လက္ခဏာများကို ဖြစ်စေနိုင်သည့် အရာများကို ခွဲခြားသတ်မှတ်ပါ - သက်ဆိုင်သမျှကို စစ်ဆေးပါ။

☐ တိရစ္ဆာန်များ ☐ ပျား/အင်းဆက် ☐ အစေး ☐ ဆေး ☐ Food allergy (အစားအသောက်စာရင်း) ☐ ရာသီအလိုက် ☐ ပန်းဝတ်မှုန် ☐ အခြား _____

ရောဂါလက္ခဏာများ - သက်ဆိုင်မှုအားလုံးကိုစစ်ဆေးပါ။

☐ ယားယံခြင်း၊ ယားယံခြင်း။ ☐ ဒေသအလိုက် ရောင်ရမ်းခြင်း။ ☐ မျက်နှာ ရောင်ရမ်းခြင်း။ ☐ နှုတ်ခမ်း၊ လျှာ သို့မဟုတ် ပါးစပ်များ ယားယံခြင်းနှင့် ရောင်ရမ်းခြင်း။ ☐ လည်ချောင်း တင်းမာခြင်း၊ အသံပြာခြင်း။

☐ ပျို့ခြင်း၊ ဗိုက်အောင့်ခြင်း၊ အော့အန်ခြင်း၊ ဝမ်းလျှောခြင်း။ ☐ အသက်ရှူကြပ်ခြင်း၊ ထပ်ခါထပ်ခါ ချောင်းဆိုးခြင်း၊ အသက်ရှူကြပ်ခြင်း။ ☐ နှလုံးခုန်နှုန်းမြန်ခြင်း။ ☐ ဆုံးသွားတာ ☐ တခြား _____

အခြားအချက်အလက်များ - သက်ဆိုင်သမျှကိုစစ်ဆေးပါ။

☐ ကျွန်ုပ်၏ကလေးတွင် EpiPen ပါရှိပါသည်။ ☐ ကျွန်ုပ်၏ကလေးသည် EpiPen ကို ကောင်းစွာအသုံးပြုနည်းကို သိပါသည်။ ☐ ကျွန်ုပ်၏ကလေးတွင် ဆေးထိုးဆေးပါရှိပါသည်။ ☐ ငါ့ကလေးက ကျောင်းနေ့လည်စာ စားတယ်။

အရေးပေါ်ဆေးဝါးများ - သင့်ကလေးသည် အရေးပေါ်ဓါတ်မတည့်မှု လက္ခဏာများအတွက် မည်သည့်ဆေးများ သောက်သနည်း။

ဆေးအမည်	ပမာဏ	ဘယ်လို လက္ခဏာတွေ ပေးတာလဲ။
1.		
2.		
3.		

ပြင်ပလှုပ်ရှားမှုနှင့် ကွင်းဆင်းခရီးများ။ ပြင်ပလှုပ်ရှားမှုနှင့် ကွင်းဆင်းခရီးများတွင် ပါဝင်သည့်အခါတွင် အောက်ပါဆေးဝါးများသည် ကျွန်ုပ်၏ကလေးနှင့်အတူ လိုက်ပါသင့်ပါသည်။ လမ်းညွှန်ချက်များကို ထည့်သွင်းပါ။

1.	2.
ကျွန်ုပ်တို့အချက်အလက် (အစီအစဉ်) ကို သိရှိလိုသဖြင့် ကျောင်းသားနှင့် အလုပ်လုပ်သော သင့်လျော်သော ဝန်ထမ်းအဖွဲ့ဝင်များနှင့် မျှဝေနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်တို့သဘောတူပါသည်။ Fort Wayne Community School District နှင့် ၎င်း၏အေးဂျင့်များ၊ ဝန်ထမ်းများ၊ စီမံခန့်ခွဲသူများအား ကျွန်ုပ်တို့၏ခရိုင်၏ သဘောတူညီချက်အရ အထက်ဖော်ပြပါတောင်းဆိုချက်ကြောင့် ကျွန်ုပ်၏ကလေးမှ ထိခိုက်ဒဏ်ရာရရှိမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်နှစ်နာမှုများအတွက် တာဝန်ယူမှုမှ လွတ်မြောက်စေပါသည်။ ကျောင်းအတွက် ကျွန်ုပ်၏ကလေး၏ ဓာတ်မတည့်မှုကုသမှုအစီအစဉ်အကြောင်း ကျောင်းသူနာပြုအား ကျွန်ုပ်၏ဆရာဝန်ထံ ဆက်သွယ်ခွင့်ပြုရန် သဘောတူပါသည်။ ကျွန်ုပ်ကလေး၏ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်၍ ကျောင်းသူနာပြုအား စာဖြင့်မွမ်းမံပြင်ဆင်ထားရန် သဘောတူပြီး အစီအစဉ်တွင် ပြောင်းလဲမှုတစ်စုံတစ်ရာရှိပါက ကျောင်းသူနာပြုထံ စာဖြင့်ဆက်သွယ်ပါ။	

မိဘလက်မှတ်:	ရက်စွဲ
-------------	--------



HEALTH and WELLNESS SERVICES

1200 South Barr Street • Fort Wayne, IN 46802 • Phone: 260.467.1080 • Fax: 260.467.2862

Allergic Reaction Parent-Physician Information 2025-26

PHYSICIAN INFORMATION *This section is only to be filled out by the health care provider and is only necessary for the special circumstances listed below.*

Student Name _____ D.O.B. _____

This student has an allergy to _____ and will require the following modifications to the school day to ensure his/her safety and wellbeing.

Student will need emergency medications for the following symptoms:

If student is stung or a food allergen has been ingested, but NO SYMPTOMS	☐	Epinephrine	☐	Diphenhydramine	☐	Rescue Inhaler
Mouth: itching, tingling, or swelling of lips, tongue, mouth	☐	Epinephrine	☐	Diphenhydramine	☐	Rescue Inhaler
Skin: hives, itchy rash, swelling of the face or extremities	☐	Epinephrine	☐	Diphenhydramine	☐	Rescue Inhaler
Gut: nausea, abdominal cramps vomiting, diarrhea	☐	Epinephrine	☐	Diphenhydramine	☐	Rescue Inhaler
Throat: tightening of throat, hoarseness hacking cough	☐	Epinephrine	☐	Diphenhydramine	☐	Rescue Inhaler
Lung: shortness of breath, repetitive coughing, wheezing	☐	Epinephrine	☐	Diphenhydramine	☐	Rescue Inhaler
Heart: weak or thready pulse, low blood pressure, fainting, pale, blueness	☐	Epinephrine	☐	Diphenhydramine	☐	Rescue Inhaler
Other:	☐	Epinephrine	☐	Diphenhydramine	☐	Rescue Inhaler
If reaction is progressing (several of the above areas affected) give:	☐	Epinephrine	☐	Diphenhydramine	☐	Rescue Inhaler

DOSAGE

Epinephrine: Inject intramuscularly (circle one)

EpiPen

EpiPen Jr.

Antihistamine: Give: _____

(Diphenhydramine)

Medication: _____

Amount: _____

Route: _____

Rescue Inhaler: Give _____

Medication

Number of puffs

- ☐ Student's allergy is potentially life threatening and needs a modification to school lunch ☐ Student needs to eat in separate dining area
☐ Student medication may be secured in the school clinic. ☐ Student MUST carry own emergency medication on their person at all times.
☐ Other modification needed _____

Note: 911 will be called immediately when an EpiPen is administered at school. If school nurse is not available EpiPen may be administered by trained unlicensed staff in the school setting.



HEALTH and WELLNESS SERVICES

1200 South Barr Street • Fort Wayne, IN 46802 • Phone: 260.467.1080 • Fax: 260.467.2862

Allergic Reaction Parent-Physician Information 2025-26

Physician Signature_____

Date_____