



МЕДИЧНА ІСТОРІЯ УЧНЯ

Навчальний рік 2026-27

Прізвище учня _____

Ім'я _____

Будь ласка, відзначте все, що підходить. Якщо у Вашої дитини немає хронічних захворювань, перейдіть до кінця документа та підпишіть. Вся інформація, надана в цій формі, буде надана відповідним співробітникам школи на основі «необхідності знати», щоб забезпечити здоров'я та безпеку Вашої дитини.

Дата народження _____ Клас _____ Школа _____

ЗАХВОРЮВАННЯ, ЩО ЗАГРОЖУЮТЬ ЖИТТЮ | Необхідні бланки кабінету здоров'я: www.lkstevens.wednet.edu/health-forms

RG ☐ ВАЖКА астма (Дивіться нижче, якщо не важко)

EG ☐ ВАЖКА алергія (потрібно Епіпен) Алергія до: _____

EK ☐ Діабет 1-го типу (інсулінозалежність)

GE ☐ Дисфагія: _____

NP ☐ Напади/судоми

C_ ☐ Захворювання серця: _____

BB ☐ Гемофілія

Закон штату вимагає, щоб учні з такими загрозливими життя захворюваннями, як анафілаксія, астма, судомі, серцева недостатність, гемофілія або діабет, прийшли на рід. збори зі шкільної медсестрою та був складений план по догляду до першого дня занять в школі.

Щоб ваш учень відвідував школу, будь ласка, зв'яжіться з медсестрою будівлі після заповнення всіх документів.

Інші захворювання

NB ☐ СДУГ, ким поставлений діагноз: _____

ED ☐ Алергія - На їжу: _____

EE ☐ Алергія - На комах: _____

EM ☐ Алергія - На ліки: _____

EC ☐ Алергія - Сезонна: _____

EB ☐ Алергія - На тварин: _____

PA ☐ Тривожність

RG ☐ Астму (не важку) в даний час лікують за допомогою інгалятора

RH ☐ Астма (минула історія) більше не використовує інгалятор

NC ☐ Розлад спектру аутизму

B_ ☐ Захворювання крові: _____

GA ☐ Целиакія

NE ☐ Церебральний параліч

YA ☐ Хронічні вушні інфекції

UB ☐ Хронічні інфекції сечових шляхів

NU ☐ Струс мозку/черепно-мозкова травма Кістозний

EJ ☐ фіброз

PC ☐ Депресія

NF ☐ Інвалідність у розвитку

EL ☐ Діабет 2-го типу

EN ☐ Розлад харчової поведінки

GH ☐ ГЕРБ/кислотний рефлюкс

N_ ☐ Головні болі або ☐ мігрені

GK ☐ Розлад кишечника або ☐ хвороба Крона

M_ ☐ Скелетно-м'язові порушення: _____

RE ☐ Реактивна хвороба дихальних шляхів

EU ☐ Захворювання щитовидної залози: _____

Інша мед. історія (госпіталізації, травми, інші діагнози/захворювання, які не вказані):

Перерахуйте ВСІ поточні ліки (обведіть ті, які будуть прийматися у школі):

Зверніть увагу: закон штату вимагає письмового дозволу від постачальника медичних послуг та батьків, перш ніж будь-які ліки (за рецептом та без) можна приносити та/або приймати у школі. Форми доступні онлайн та у кожному шкільному офісі.

Моя дитина носить: ☐ Окуляри YF ☐ Контактні лінзи YF ☐ Слуховий апарат YB ☐ Інше: _____

☐ **У моєї дитини НЕМАЄ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ДАНИЙ МОМЕНТ**

Якщо з батьком/опікуном або уповноваженою контактною особою неможливо зв'язатися під час надзвичайної медичної ситуації, та якщо за рішенням адміністрації школи потрібна термінова допомога, я дозволяю та наказую адміністрації школи спрямувати учня до найближчого та найбільш підходячого медичного закладу. Я розумію, що буду нести повну відповідальність за оплату будь-яких наданих послуг.

Дата _____

Підпис _____

Ким доводжуся учневі _____

Телефон _____