

SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT 聯合高中學區

9 年級與學區新生*

學生健康清單 STUDENT HEALTH INVENTORY

姓名_____年級_____ 出生年月日_____ 性別 []男 []女

地址_____ 電話(____)_____

請圈選是或否：

戴眼鏡： 是 否

失去聽力： 是 否

戴隱型眼鏡： 是 否

戴助聽器： 是 否

我的小孩有以下的健康情況：

(請圈選，如果有必要並解釋)

[] 過敏 (列出)： _____

[] 對於以下有過敏反應： _____

*藥物： [] EPI-PEN® [] 其它過敏藥物: _____

[] 哮喘 *列出吸入器： _____

[] 糖尿病, *需要胰島素： _____

[] 癲癇： _____

[] 心臟疾病 (請圈選 A 或 B)

A. 沒有限定

B. 有限定 (解釋) _____

[] 偏頭痛： 治療： _____

其它顯著的身體或精神健康狀況：

如果我的孩子出現上述症狀，請在學校採取以下措施：

服用的藥物名稱： _____

*一定要在上學期間服用的藥物名稱/需要藥物授權表格： _____

* 學生是否受過訓練，並且您與學生的醫生認為學生在生理、心理與行為上能自行用藥？請圈選 是 *否 *如果圈選否，打電話給保健辦公室獲得進一步指示。

日期：_____ 簽名：_____

Parent/Guardian

*Annual health information on Emergency Card