|  |  |
| --- | --- |
| SAMPLE:  INSERT LOGO/SAU/SCHOOL NAME | 年度医疗表  学年 \_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **学生**  出生日期 年级 | 家长/监护人 电话  家长/监护人 电话  紧急 电话 |
| 地址   * 未成年无人陪伴者 |
| 医生  电话 上次就诊 | 牙医  电话 上次就诊 |
| 危及生命的过敏： | |
| 救急药物 | 最近事件 |

请说明您的孩子是否有以下任何一种情况：

|  |  |
| --- | --- |
| * 癫痫或癫痫发作   [癫痫发作问诊表](https://www.maine.gov/doe/sites/maine.gov.doe/files/inline-files/School%20Health%20Services%20-%20Sample%20Seizure%20Interview%20%5BChinese%5D%20-%208.21.2024.docx) | * 糖尿病   [糖尿病问诊表](https://www.maine.gov/doe/sites/maine.gov.doe/files/inline-files/School%20Health%20Services%20-%20Sample%20Diabetes%20Interview%20%5BChinese%5D%20-%208.21.2024.docx) |
| * 哮喘或肺部疾病   [哮喘问诊表](https://www.maine.gov/doe/sites/maine.gov.doe/files/inline-files/School%20Health%20Services%20-%20Sample%20Asthma%20Interview%20%5BChinese%5D%20-%208.21.2024.docx) | * 心血管状况 |
| * 镰状细胞 * 血友病 * 其他血液疾病 | * 手术/住院/外伤史 |
| * 心理健康状况 | * 其他 |

请列出您的孩子在家服用的所有药物。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 药物 | 强度、剂量、给药途径 | 服药时间 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

如果您的孩子在校期间需要用药，请填写此表格：

[用药授权表](https://www.maine.gov/doe/sites/maine.gov.doe/files/inline-files/School%20Health%20Services%20-%20Sample%20Medication%20Authorization%20%5BChinese%5D%20-%208.21.2024.docx)

如果您需要以下任何方面的帮助，校医可以提供资源来帮助您的家人

|  |  |
| --- | --- |
| * 获得健康保险 * 寻找医疗、牙科或心理健康服务提供者 | * 住房 * 衣服 * 食物 |

通过在下面签名，我允许校医与适当的学校和医务人员分享有关我学生的健康信息，以保证我学生在学校的持续安全。

家长/监护人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_