|  |  |
| --- | --- |
| SAMPLE: INSERT LOGO/SAU/SCHOOL NAME | 糖尿病问诊 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 |
| 内分泌科医生电话 上次就诊 |
| 糖尿病护理及教育工作者电话 | * MaineCare
 | * 私人保险
 | * 需要信息
 |
| 包括住院史在内的相关病史 | 诊断年龄 | 类型 | 最近 A1C |
| 家庭地址：巴士号码（如适用）：课外活动： | 课外联系方式：电话 |
| 血糖监测系统 | 非紧急咨询联系人：首选方式 \_\_\_\_ 电话 \_\_\_ 短信 \_\_\_ 电子邮件频率 |
| 胰岛素输送系统 | 酮类监测方法及参数 |

 描述在校期间必要的注意事项。

|  |  |
| --- | --- |
| * 运动会/体育课
* 课间休息
 | * 教室
* 巴士/交通
 |

请分享任何与健康相关的目标和所需的帮助。

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*紧急情况下，如果需要帮助，但无法联系到紧急联系人，我们将联系医疗保健提供者，并在必要时拨打 911（急救电话）。*