|  |  |
| --- | --- |
| 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）。*