

تاریخ تولد

نام دانش آموز

پایه تحصیلی

معلم

مدرسه

☐ فرزند من در حال حاضر هیچ بیماری، نگرانی سلامتی یا نیاز پزشکی خاصی ندارد.

☐ فرزند من بیماری، نگرانی سلامتی و/یا نیاز پزشکی خاص ذیل را دارد:

اختلال کم توجهی-بیش فعالی (ADHD) / اختلال کمبود توجه (ADD)	دیابت (نوع 1 یا 2)	حساسیت فصلی
آسم	حساسیت دارویی	ناهنجاری مادرزادی
حساسیت به نیش زنبور	صرع/تشنج	بیماری قلبی
سرطان/سرطان خون	حساسیت به شیر*	رفتار/سلامت روانی
فلج مغزی	دیگر حساسیت های غذایی	دیگر

حساسیت ها (لطفاً فهرستی از حساسیت های غذایی و دارویی ارائه دهید)

دیگر بیماری ها (لطفاً فهرستی از بیماری ها یا نگرانی هایی که در فهرست بالا قرار نگرفته اند ارائه دهید)

لطفاً داروهایی که فرزندتان ممکن است در مدرسه به آن ها نیاز داشته باشد را بررسی کنید (در صورت وجود داروهای دیگر که در فهرست ذیل قرار نگرفته اند، آن ها را قید کنید)

بنادریل (Benadryl)	اسپری تنفسی اضطراری	غذاهای لوله ای
خودتزیق کننده اپی نفرین	دیاستات (Diastat)	سوندگذاری
انسولین	نایزیلام (Nayzilam)	(دیگر موارد)
گلوکاگون (باقسمی) (Glucagon (Baqsimi))	والتوکو (Valtoco)	(دیگر موارد)

لطفاً دیگر اطلاعات مربوط به سلامت فرزندتان را قید کنید

من موافقت می کنم که این اطلاعات را با کارکنان منطقه مانند مدیران، معلمان، منشی ها و کارکنان خدمات غذایی به اشتراک بگذارم. من تأیید می کنم که کارکنان مدرسه برای تسهیل هماهنگی و تداوم مراقبت، این اطلاعات را با ارائه دهندگان خدمات درمانی فرزندم از طریق تلفن، فکس و ایمیل یا به صورت کتبی تبادل کنند. لطفاً با پرستار مدرسه تماس بگیرید تا هرگونه نگرانی سلامتی یا نیاز پزشکی خاص فرزندتان را با او در میان بگذارید.

تلفن

پزشک/ارائه دهنده خدمات درمانی

تاریخ

امضای والد/سرپرست

شماره تلفن همراه

شماره تلفن محل کار

شماره تلفن منزل

اداره فرهنگ مدرسه - گروه پرستاری

*یادداشت پزشک شما برای نوشیدنی جایگزین در مدرسه الزامی است.