

# 布伦特里公立学校局 (Braintree Public Schools)

## 医疗记录

(由家长/监护人填写)

姓名 _____ 名          中间名          姓	年级 _____ 学校 _____
住址 _____	电话 _____
转学自 _____	今天的日期 _____
出生日期 _____	出生城市/州 _____
家长/监护人姓名 _____	关系 _____
电子邮件 _____	
家长/监护人姓名 _____	关系 _____
电子邮件 _____	
家中其他孩子人数 _____	在家主要说什么语言 _____
姓名 _____ 出生日期 _____	姓名 _____ 出生日期 _____
姓名 _____ 出生日期 _____	姓名 _____ 出生日期 _____
孩子和谁同住: <input type="checkbox"/> 家长/监护人 _____	<input type="checkbox"/> 其他 _____

出生时是否有任何并发症?  是  否 如有, 请说明: \_\_\_\_\_

这个孩子曾有以下任何情况吗? 如有, 请说明:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 哮喘 _____       | <input type="checkbox"/> 骨折/地点/日期 _____   |
| <input type="checkbox"/> 过敏 (请列出) _____ | 用过肾上腺素注射笔 (Epi-Pen) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                     |
| <input type="checkbox"/> 心脏问题 _____     | <input type="checkbox"/> 肝炎 _____   |
| <input type="checkbox"/> 肾脏问题 _____     | <input type="checkbox"/> 脊柱侧弯 _____   |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 _____      | <input type="checkbox"/> 听力问题 _____ <input type="checkbox"/> 助听器                              |
| <input type="checkbox"/> 癫痫 _____       | <input type="checkbox"/> 视力问题 _____ <input type="checkbox"/> 眼镜 <input type="checkbox"/> 隐形镜片 |
| <input type="checkbox"/> 其他: _____      |   |

孩子目前服用其他任何药物吗? 如果有, 请说明药物和原因

这名学生可以完全参与体育课程吗?  是  否

如果不可以, 请说明原因

家庭医生 \_\_\_\_\_ 家庭牙医 \_\_\_\_\_

我允许学校护士可在认定适合我的孩子的健康和安全的条件下, 把以上医疗信息提供给学校人员。

是  否

家长或监护人签名 \_\_\_\_\_

请把填妥的表交回给学校护士