

School District of Springfield Twp.

請依照貴子女的狀況勾選下列項目

如果沒有任何已知健康問題，請勾選此項.....

眼睛

戴眼鏡 一直戴著
戴隱形眼鏡 一直戴著

須調整座位 上次檢查眼睛的日期： _____

由 PCP 或專科醫師進行治療 _____

電話 _____

備註： _____

耳朵

有聽力問題 耳朵裡有裝耳管 使用助聽器

須調整座位

由 PCP 或專科醫師進行治療 _____

電話 _____

備註： _____

兄弟姐妹

	姓名	就讀學校	年級
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

一般健康情況

1. 具有下列健康問題：

癲癇..... 暈眩..... 糖尿病.....
過動症 (ADHD)..... 心臟問題..... 偏頭痛.....
氣喘.....

以上健康問題會造成生命危險嗎？ 會 不會 請說明原因：

過敏 (請詳細描述)： _____

對昆蟲叮咬/食物過敏 (請詳細描述)： _____

其他： _____

2. 請列出處方用藥： _____

目前劑量： _____

治療病症 (診斷)： _____

在學校期間需服用該藥物嗎？ 要 不要

開藥的 PCP 或專科醫師 _____

電話 _____

3. 因健康問題導致無法參與：

課堂活動 體育課

請說明原因： _____

由 PCP 或專科醫師治療 _____

電話 _____

4. 上次打破傷風針的日期 _____