

School District of Springfield Twp.
 VUI LÒNG ĐÁNH DẤU NHỮNG Ô SAU NẾU CON QUÝ VỊ CÓ

ĐÁNH DẤU Ở ĐÂY NẾU KHÔNG CÓ NHỮNG VẤN ĐỀ SỨC KHỎE.....

MẮT

Đeo kính Luôn luôn đeo
 Đeo kính sát trùng Luôn luôn đeo

Cần chỗ ngồi ưu tiên Ngày khám mắt lần cuối: _____

Dưới sự chăm sóc của PCP hoặc bác sĩ chuyên khoa _____

Điện thoại _____

Ghi chú: _____

TAI

Có vấn đề nghe Đặt ống tai Sử dụng máy trợ thính

Cần chỗ ngồi ưu tiên

Dưới sự chăm sóc của PCP hoặc bác sĩ chuyên khoa _____

Điện thoại _____

Ghi chú: _____

ANH CHỊ EM

| | TÊN | TRƯỜNG ĐANG HỌC | LỚP |
|----|-------|-----------------|-------|
| 1. | _____ | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ | _____ |
| 4. | _____ | _____ | _____ |

SỨC KHỎE CHUNG

1. Có (những) tình trạng sau:

Động kinh Ngất..... Tiểu đường.....
 Hiếu động (ADHD) Bệnh tim..... Nhức nửa đầu
 Suyễn

Có bệnh nào bên trên đe dọa đến tính mạng không? Có Không Vui lòng giải thích:

Dị ứng (vui lòng mô tả):

Dị ứng với côn trùng cắn/thực phẩm (vui lòng mô tả):

Khác: _____

2. Liệt kê (những) thuốc đã kê toa: _____

Liều hiện tại: _____

Đề (chẩn đoán): _____

Thuốc này có cần dùng trong trường không? Có Không

Được kê toa bởi PCP hoặc bác sĩ chuyên khoa _____

Điện thoại _____

3. Dùng thuốc có hạn chế việc tham gia vào:

Hoạt động trong lớp Thể dục

Vui lòng giải thích: _____

Dưới sự chăm sóc của PCP hoặc bác sĩ chuyên khoa _____

Điện thoại _____

4. Ngày tiêm ngừa uốn ván lần cuối _____