

## 健康状况

保密—档案存在健康中心

### 请填写有关情况

学生姓名

出生日期

父母/照顾者姓名

家庭电话

手机电话

### 哮喘药物

	名称	剂量	多久服用一次
预防发作药	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
缓解发作药	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
最大气流量	<input type="text"/>		

学生是否有治疗哮喘的方案？ 是  否

如果有，请提供此方案复印件给学校护士。如果使用预防发作药，新西兰哮喘协会建议到家庭医生或注册护士更新6个月到1年的治疗方案。

### 过敏症

所有要求注射肾上腺素的学生需要向学校护士提供有医护人员签字的治疗过敏症方案。需要服用抗组织胺药的学生请向学校护士提供药物，并清楚注明姓名及服用剂量。

过敏源	过敏反应	治疗方法
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

请列明引致你的小孩过敏的所有植物、食物、动物、创可贴以及药物

### 糖尿病

是否服用药物 是  否  如有，请指出 胰岛素  药片

请提供其他身体状况的详情，包括药物名称及医生证明（如心脏杂音、视力缺损、感觉缺失、癫痫症、多动症）

为了你小孩的安全，请提供其他有关生理/心理的健康状况

是  否  (如：文化实践，残疾，畏高，畏黑，怀孕，行为或情绪问题，夜游症)

你的小孩是否参加学校牙科计划？ 是  否

请提供学生的家庭医生、牙科医生的姓名、地址。

家庭医生姓名
地址
电话号码

牙科医生姓名
地址
电话号码

- 我允许这健康表内容可透露给相关工作人员
- 我同意支付在紧急情况下使用救护车的费用（即非意外救护车） 是  否
- 我同意我的儿子/女儿在小病情况下服用必理通 是  否

签名

  
父母/照顾者/监护人

日期

请见下页

## 免疫疫苗

我的小孩已注射了5年免疫疫苗  是/否

我的小孩已注射部分疫苗  是/否

如果你的小孩已注射部分疫苗，请在下表中指出

请  已注射疫苗

- 6周 白喉/破伤风/百日咳/小儿麻痹/乙型肝炎/流感疫苗  
= 三联针  
结核病卡介苗= 一针 (肺炎联球菌疫苗)
- 3 months 白喉/破伤风/百日咳/小儿麻痹/乙型肝炎/流感疫苗  
= 三联针  
结核病卡介苗= 一针 (肺炎联球菌疫苗)
- 5 months 白喉/破伤风/百日咳/小儿麻痹/乙型肝炎/流感疫苗  
= 三联针
- 15 months B型流感嗜血杆菌强化疫苗  
麻疹/腮腺炎/风疹 =一针  
结核病卡介苗= 一针 (肺炎联球菌疫苗)
- 4 years 白喉/破伤风/百日咳/小儿麻痹=一针  
麻疹/腮腺炎/风疹 =一针
- 11 years 白喉/破伤风/百日咳/小儿麻痹=一针 (加强)
- 12 years 人乳头瘤病毒 (宫颈癌) = 6个月三针 (宫颈癌疫苗) – 只限女生

请注意：在父母的许可下，卫生部会在7年级注射加强针。还有宫颈癌疫苗。

## 药物资料

医生姓名

联系电话

我的小孩需要在学校服用以下处方药

药物名称

服用剂量

到期日

开始日期

完成日期

我的小孩服用这药物因为他/她有

进一步详情

- 我保证负责提供药物，并在药瓶标明我小孩的姓名，药名，正确服用剂量和确定药物没有过期。
- 我允许学校护士和其他工作人员给予我的小孩服用这药物。
- 我同意学校对这药物的管理，但学校工作人员不需要任何与此产生的责任。
- 我会用书面形式通知学校有关这药物的任何改变。
- 学校负责保护这信息的安全。

父母/照顾者名字

父母/照顾者签名

日期

Entered onto KAMAR

注：此表的中文翻译版只做参考，如有疑问之处，请以英文原版为准。

25/06/2014