



ข้อมูลด้านสุขภาพ

ข้อมูลส่วนตัว - สำหรับศูนย์สุขภาพ

ชื่อ-สกุล ว ด ป เกิด

ชื่อผู้ปกครอง

เบอร์โทรศัพท์ เบอร์โทรศัพท์ส่วนตัว

ยารักษาโรคหอบหืด	ชื่อยา	จำนวนที่ใช้	จำนวนครั้งที่ใช้
ยาที่เริ่มใช้	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ยาที่ใช้บรรเทา	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ยาใช้ขณะมีอาการ	<input type="text"/>		

เคย ไม่เคย

นักเรียนมีแผนป้องกันก่อนเกิดหอบหืดหรือไม่
ถ้าเคยโปรดแจ้งให้พยาบาลของโรงเรียนทราบ และแนะนำให้แพทย์ตรวจข้อมูลทุกทุก 6-12 เดือน - พบแพทย์ if ,

โรคภูมิแพ้

นักเรียนที่ใช้ยาป้องกันภูมิแพ้ กรุณาแจ้งให้พยาบาลทราบถึงตัวยาและแผนการใช้ยา ข้อมูลนี้ควรได้ใบรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หากนักเรียนต้องใช้ยาแก้แพ้ กรุณานำยาที่จำเป็นต้องใช้นมอให้กับพยาบาลประจำห้องพยาบาลที่โรงเรียน แจ้งชื่อยาและจำนวนที่ต้องใช้อย่างละเอียด

ภูมิแพ้ประเภท	อาการ	การรักษา
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ภูมิแพ้ที่เกิดจากอาหาร ต้นไม้ สัตว์เลี้ยง ฝุ่นปิดแผล หรือยาต่างๆ ที่บุตรของท่านมีอาการแพ้เนื่องจากใช้สิ่งของเหล่านี้ กรุณาแจ้ง

เบาหวาน

ยาที่ต้องใช้ ไม่มี ถ้ามี กรุณาแจ้ง อินซูลิน ยาทาน

หากมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพด้านอื่นๆ กรุณาให้ข้อมูลกับทางโรงเรียน รวมทั้งจดหมายหรือใบรับรองแพทย์เกี่ยวกับข้อมูลของโรคนี้ๆ ตัวอย่างเช่น โรคหัวใจ,ระบบทางเดินหายใจ,สายตา,การฟัง,ลมชัก,โรคสมาธิสั้น,ไมเกรน,เมารถ เมาเรือ,วิงเวียน, เลือดกำเดา และตาบอดสี

มีข้อมูลอื่นๆอีกหรือไม่ที่ต้องแจ้งให้กับทางโรงเรียนทราบเกี่ยวกับบุตรของท่าน

มี ไม่มี ตัวอย่างเช่น ความพิการ,กลัวความมืดและกลัวที่แคบ,ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้,ละเมอ

บุตรหลานของท่านสมัครเข้ารับการรักษาที่ห้องพยาบาลที่โรงเรียนหรือไม่
กรุณาให้ชื่อและที่อยู่ของแพทย์และทันตแพทย์ที่บุตรของท่านเคยมีประวัติการรักษา

ชื่อแพทย์

ที่อยู่

เบอร์โทร

หมอฟัน

ที่อยู่

เบอร์โทร

ข้าพเจ้าขอยืนยันข้อมูลที่ให้กับทางโรงเรียนว่าเป็นความจริง ใช่ ไม่ใช่

ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุ ข้าพเจ้ายินดีจ่ายค่ารักษาให้กับทางโรงเรียน ใช่ ไม่ใช่

ข้าพเจ้านุญาตให้ทางโรงเรียนจ่ายยาแก้ปวดลดไข้ให้กับบุตรของข้าพเจ้า ใช่ ไม่ใช่

ลงชื่อผู้ปกครอง

วันที่

วัดซีน

บุตรของข้าพเจ้าได้รับการฉีดวัดซีนจนถึงอายุ 5 ปี

ใช่ / ไม่

บุตรของข้าพเจ้าได้รับการฉีดวัดซีนไม่ครบจำนวน

ใช่ / ไม่

หากเด็กได้รับการฉีดวัดซีนไม่ครบ กรุณาแจ้งให้ทราบว่าเด็กได้รับการฉีดวัดซีนในช่วงใดบ้าง
วัดซีนที่ได้รับ

- 6 อาทิตย์ คอตีบ/บาดทะยัก/ไอกรน/โปลิโอ/ไวรัสคอตีบอีกเสบบี/ฮิบ/เชื้อหุ้มสมองอีกเสบ
= 1 เข็ม
ปอดบวม= 1 โฉดฉยา
- 3 เดือน คอตีบ/บาดทะยัก/ไอกรน/โปลิโอ/ไวรัสคอตีบอีกเสบบี/ฮิบ/เชื้อหุ้มสมองอีกเสบ
= 1 เข็ม
ปอดบวม= 1 โฉดฉยา
- 5 เดือน คอตีบ/บาดทะยัก/ไอกรน/โปลิโอ/ไวรัสคอตีบอีกเสบบี/ฮิบ/เชื้อหุ้มสมองอีกเสบ
= 1 เข็ม
ปอดบวม= 1 โฉดฉยา
- 15 เดือน ฮิบ/หัด/ตาณฑูม/หัดเยอรมัน
= 1 เข็ม
ปอดบวม= 1 โฉดฉยา
- 4 ปี คอตีบ/บาดทะยัก/ไอกรน/โปลิโอ = 1 เข็ม หัด/ตาณฑูม/หัดเยอรมัน = 1 เข็ม
- 11 ปี คอตีบ/บาดทะยัก/ไอกรน = 1 เข็ม
- 12 ปี มะเร็งปากมดลูก = 3 โคส ในระยะเวลา 6 เดือน (สำหรับเด็กหญิงเท่านั้น)

สำหรับวัดซีนของนักเรียน 'year 7' และ 'year 8' จะมีการให้บริการจากทางโรงเรียนโดยผ่านการอนุญาตจากผู้ปกครอง

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ชื่อแพทย์

เบอร์ที่ติดต่อ

บุตรของข้าพเจ้าต้องการใบสั่งยาจากโรงเรียน

ชื่อยา

จำนวน

จนถึง

เริ่มต้น

สิ้นสุด

บุตรของข้าพเจ้าต้องการยานี้ เพราะว่าป่วยด้วยโรค

ข้อมูลอื่นๆ

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลดังกล่าวเกี่ยวกับยาและจำนวนที่ใช้ และระบุชื่อของผู้ใช้และวันหมดอายุของยาถูกต้องทุกประการ
- ข้าพเจ้าอนุญาตให้พยาบาลของโรงเรียนจ่ายยาให้กับบุตรของข้าพเจ้าตามใบสั่งยาข้างต้น
- ข้าพเจ้าหวังว่าทางโรงเรียนจะดูแลเกี่ยวกับยาที่ออกโดยพยาบาลของโรงเรียนอย่างเคร่งครัด
- ข้าพเจ้าจะรายงานโรงเรียนหากมีการเปลี่ยนแปลงชื่อยาและจำนวนที่ใช้เมื่อมีการเปลี่ยนตัวยา
- ข้าพเจ้าหวังว่าโรงเรียนจะรักษาข้อมูลที่ให้ไว้เป็นความลับ

ชื่อผู้ปกครอง

ลายเซ็นผู้ปกครอง

วันที่

Entered on to KAMAR