



Student Health History Form 學生健康史表格

- 表格必須在學生開始上學前，由家長在註冊時填寫並簽名。
- 表格必須由學生就讀的學校存檔於學生的健康記錄。

背景資料 DEMOGRAPHIC DATA

學生姓名: _____ 就讀日期: _____

年級: _____ 出生日期: _____ 男性: 女性:

學生住址: _____
街名 城市 州 郵地區號

家長/監護人姓名 - 母親: _____ 父親: _____

電話: _____ 兄弟姊妹姓名/年齡: _____

服用藥物 MEDICATIONS

例出每日服用藥物: _____

服用原因: _____

過敏 ALLERGIES 有, 請在下面列出過敏種類 沒有

	名稱/種類	反應	治療
動物	_____	_____	_____
藥物	_____	_____	_____
環境	_____	_____	_____
食物	_____	_____	_____
蜜蜂/黃蜂	_____	_____	_____

健康史 HEALTH HISTORY (請構選出所有您孩子目前患有或曾經患有的健康問題, 並在下列空格中提供說明)

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 注意力不集中/過動症 | <input type="checkbox"/> 發育遲緩 | <input type="checkbox"/> 月經問題 | <input type="checkbox"/> 皮膚問題 |
| <input type="checkbox"/> 關節炎 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心理健康問題 | <input type="checkbox"/> 胃的問題 |
| <input type="checkbox"/> 氣喘 | <input type="checkbox"/> 聽力問題 | <input type="checkbox"/> 偏頭痛 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| <input type="checkbox"/> 天生缺陷 | <input type="checkbox"/> 心臟問題 | <input type="checkbox"/> 身體上的限制 | <input type="checkbox"/> 泌尿問題 |
| <input type="checkbox"/> 血液疾病 | <input type="checkbox"/> 肝炎 | <input type="checkbox"/> 人際關係問題 | <input type="checkbox"/> 視力問題 |
| <input type="checkbox"/> 排便問題 | <input type="checkbox"/> 住院 | <input type="checkbox"/> 癲癇, 抽動或顫抖 | <input type="checkbox"/> 其它 |
| <input type="checkbox"/> 癌症 | <input type="checkbox"/> 學習問題 | <input type="checkbox"/> 嚴重疾病 | |

以上構選的健康問題	學童患病年齡	住院日期	任何長期問題
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

學生健康史(繼續上一頁)

學生姓名: _____

懷孕及生產史 PREGNANCY AND BIRTH HISTORY

母親懷孕時的年齡: _____

懷孕期間母親及胎兒有沒有任何問題? _____

懷孕週數: ____ 週 生產時數: ____ 小時 嬰兒出生重量: ____ 磅 ____ 盎司

生產過程或嬰兒出生後有沒有任何併發症? _____

說話以及語言發展 SPEECH AND LANGUAGE DEVELOPMENT

您擔心您的孩子在語言發展方面可能或已經有問題嗎? _____

您擔心的問題? _____

任何過去的語言治療? _____ 地點以及時間? _____

飲食 DIETARY

您對您孩子的營養攝取有有沒有擔心的地方? _____

任何體重方面的問題? _____ 您的孩子吃早餐嗎? _____ 午餐? _____ 晚餐? _____

您的孩子有沒有任何飲食上的限制? _____

其它擔心的問題 OTHER CONCERNS

請分享其它有關您孩子的情緒, 身體, 或成長發育方面的信息或擔心的問題.

請分享任何家庭狀況或任何您對您孩子的行為舉止方面擔心的地方.

您的孩子有個人特殊教育計劃或 504 計劃嗎? 有 沒有

請連絡俄亥俄州福利網站 www.ohiomh.com 或者致電 800-324-8680 查詢您是否符合資格參加政府提供的個人, 家庭, 或學生醫療健康保險(Medicaid or Medicare).

如果您想和學校護士開會, 請在空格中打構.

家長/監護人姓名正楷: _____ 關係: _____

家長/監護人簽名: _____ 日期: _____