



学生健康信息表

学生姓名:

出生日期:

性别:

年级:

| 健康状况 | 是 | 否 | 健康状况 | 是 | 否 |
|----------------|---|---|-----------|---|---|
| 过敏; (药物, 食品等) | | | 哮喘 | | |
| 医生开了肾上腺素自动注射器? | | | 医生开了吸入药物? | | |
| 糖尿病 | | | 消化道疾病 | | |
| 癫痫 | | | 出血问题 | | |
| 脊柱侧弯 | | | 皮肤问题 | | |
| 睡眠问题 | | | 听力问题 | | |
| 焦虑症 | | | 视力问题 | | |
| 抑郁症 | | | 皮肤问题 | | |
| 注意力缺陷/多动症 | | | 呼吸问题 | | |
| 自我伤害 | | | 心脏疾病 | | |
| 双向情感障碍 | | | 住院/手术史 | | |
| 其他心理健康问题: | | | 其他疾病: | | |

如果以上任何一项健康状况的选择“是”，请在下面详细描述该健康状况，必要时可在此纸之表格的背面详细描述健康状况。

用药情况:

请列出你的孩子在家服用的处方药和非处方药。请在此纸之表格的背面详细描述用药情况。

如你的孩子需要在上学期期间服用处方药，你需要填写一张《在校服用药物授权书》。

父母签字/日期:

