

费城教育局
学校卫生保健服务办公室
机密病史

日期	
学校	

亲爱的家长/监护人：

以下信息将帮助学校满足您子女可能有的任何健康需求。

姓（学生）	名	中间名	出生日期
-------	---	-----	------

家长或监护人

母亲姓名		父亲姓名	
家庭住址		家庭住址	
家庭电话	工作电话	家庭电话	工作电话
工作地点		工作地点	

白天/放学后照看子女的人员

姓名	地址	电话
----	----	----

发生紧急情况时如果联系不到以上人员，学校应当联系的亲戚/朋友：

姓名	地址	电话
----	----	----

应通知的医生：

姓名	地址	电话
发生紧急情况时，如果可以，您希望学校将子女送往那家医院？		

如果无法联系到以上所列人员，我允许费城教育局工作人员将我子女或安排有关人员将其送往医院接受紧急医疗救助。我了解，如果必要，我子女将接受医学治疗。

家长/监护人姓名（工整填写）	签名日期	家长/监护人签名 X
----------------	------	---------------

1. 您子女目前是否正接受医生、医院或诊所的治疗？ 否 是
 在哪里？_____ 原因_____
 - a. _____
 - b. _____
2. 您子女目前吃什么药、药片或维生素？ 否 是
 什么？_____ 原因_____
3. 您子女在校需要吃什么药、药片或维生素？ 否 是
 什么？_____ 原因_____
4. 您子女对什么过敏，如食物、植物、昆虫、药品等？ 否 是
 什么？_____ 原因_____
5. 去年您子女是否发生过抽搐或癫痫发作？ 否 是
 多少次？_____ 治疗方法_____
6. 您子女是否有特别饮食要求/食品问题？ 否 是
 请详述_____
7. 学校是否需要知道您子女的特殊健康需求或问题？ 否 是
 什么需求或问题/What?_____
8. 如果子女生病，您一般带他/她去哪？请列出医生姓名或医院名称。

9. 您子女看牙医吗？ 否 是
 牙医姓名_____
10. 您家庭有办法支付医疗开支吗？ 否 是
 什么办法：Blue Cross、Union、D.P.A. (白卡)、Medical Assistance (兰卡)、Medicare、其它_____

学生健康史

1. 家庭健康史

a. 如果子女在世及去世的直系亲属（如，父母、祖父母、姑婶、叔舅、兄弟、姐妹曾患有下列疾病，请圈出：

过敏	毒品或酒精	心脏病	癫痫	智力发育迟缓	其它遗传病或
哮喘	药物成瘾	高血压	肺结核 (T.B.)	镰状细胞 (贫血) 病	家族疾病
癌症	糖尿病	神经失常	铅中毒	镰状细胞性贫血	

b. 家庭成员

(注明继父母、收养子女、寄养子女、祖父母等特殊关系)

关系	年龄	姓名	健康状况	职业或学校	在校就读的年级
母亲					
父亲					
兄弟					
姐妹					
其他家庭成员					

c. 有多少家庭成员已去世?
(不包括流产婴儿) _____

d. 多少家庭成员与学生住在一起?

e. 出现过住房、就业、食品等方面的家庭困难吗?
 否 是

2. 怀孕及出生情况

- a. 母亲怀孕时是否生病? 否 是
- b. 母亲怀孕时是否服药 (除补铁剂或维生素)? 否 是
- c. 母亲怀孕期间母亲或家人是否承受巨大压力? 否 是
- d. 婴儿准时出生吗? 否 是
- e. 是否难产? 否 是
- f. 是否使用助产器具? 否 是
- g. 婴儿出生时体重? _____
- h. 婴儿在医院期间是否有任何问题? 否 是
- i. 婴儿在医院共呆几天? _____
- j. 母亲在医院共呆几天? _____

3. 幼儿时期情况

- a. 您认为婴儿通常是安静还是活跃? _____
- b. 婴儿头六个月是否有特殊问题? 否 是
- c. 婴儿是否母乳喂养? 是 否
- d. 停止母乳喂养时婴儿多大? _____
- e. 停止奶粉喂养时婴儿多大? _____
- f. 婴儿多大时可以独自坐立? _____
- g. 婴儿多大时会爬? _____
- h. 婴儿多大时可以独自行走? _____
- i. 婴儿多大时开始说两、三个字的词? _____
- j. 您子女现在可以独立使用厕所吗? 否 是
- k. 您子女多大时不再尿床? _____

4. 儿童健康史

1. 您子女是否曾住院或动过手术? 否 是

何时	原因	医院名称
a.		
b.		

2. 学生是否患过其它疾病, 经历意外事故, 骨头断裂或骨折? 否 是

何时	什么问题?	持续时间?
a.		
b.		

3. 您认为子女健康状况会改善吗? 否 是

4. 在子女患过的所有疾病旁打勾 (V):

- “红色”麻疹 肺炎 水痘
 百日咳 腮腺炎
 德国或“三”日麻疹 风湿热

5. 您子女是否被打昏过? 否 是

6. 您子女一年内是否患过超过6次以上的感冒或咽喉感染并伴有发烧症状? 否 是

7. 您子女是否经常因病卧床休息? 否 是

8. 您子女耳朵或听力有问题吗? 否 是

9. 您子女眼睛或视力有问题吗? 否 是

10. 您子女通过鼻子呼吸有困难吗? 否 是

11. 您子女晚上睡觉打鼾吗? 否 是

12. 您子女经常流鼻血吗? 否 是

13. 您子女牙齿有问题吗? 否 是

14. 您子女呼吸时口气难闻吗? 否 是

15. 您子女经历过抽搐吗? 否 是

16. 您和子女说话时, 有时他/她是否似乎没有听见? 否 是

17. 您子女是否昏厥过? 否 是

18. 您子女是否抱怨头疼? 否 是

19. 是否有医生说过您子女存在心脏杂音? 否 是

20. 您子女是否曾抱怨胳膊或腿疼? 否 是

21. 您子女是否曾出现关节肿胀或跛行? 否 是

22. 您子女走路时是否跟不上其他儿童? 否 是

23. 您子女是否不适合吃某些食物? 否 是

24. 您子女是否经常腹泻? 否 是

25. 您子女有便秘问题吗? 否 是

26. 您子女是否患过寄生虫病? 否 是

27. 您是否看到过子女大便中含血? 否 是

28. 您子女是否得过黄疸或肝病? 否 是

29. 您子女是否抱怨过肚子疼? 否 是

30. 您子女排尿有困难吗? 否 是

31. 您子女是否因肾病接受过治疗? 否 是

32. 您子女(仅适用于女孩)是否已经开始来月经? 否 是

32a. 她来月经时有过问题吗? 否 是

33. 您子女是否患过皮肤病、湿疹? 否 是

34. 您子女是否患过哮喘、气喘或咳嗽? 否 是

35. 您子女骨头或关节是否畸形? 否 是

36. 您子女是否患过血液方面的疾病? 否 是

37. 您子女是否吞食过油漆、石膏或其它非食物物质? 否 是

38. 您子女睡觉或入睡是否有问题? 否 是

39. 您子女一般如何让自己入睡?

40. 您子女是否作过肺结核(T.B.)皮试? 否 是
测试结果正常吗? 否 是

最后一次皮试日期_____

41. 您认为子女超重吗? 否 是

42. 您认为子女体重过轻吗? 否 是

43. 您子女一般吃什么:

_____ 早餐 _____ 晚餐 _____

_____ 午餐 _____ 点心 _____

_____ 每天喝多少杯牛奶?

5. 如果针对以下所列项目您对子女健康状况有所担心, 请圈出:

- | | | | |
|-------------|--------------|---------------|--------------|
| 1. 尿床 | 10. 容易感到委屈 | 17. 不听话 | 24. 结交不良朋友 |
| 2. 白天尿湿衣裤 | 11. 过分需要他人注意 | 18. 撒谎 | 25. 有意破坏物品 |
| 3. 吮吸拇指 | 12. 过分需求父母安慰 | 19. 不愿意与他人分享 | 26. 学业不好 |
| 4. 爱咬指甲 | 或支持 | 20. 不能和家人融洽相处 | 27. 吃饭不好 |
| 5. 容易紧张和生气? | 13. 白天想入非非 | 21. 妒嫉兄弟或 | 28. 不良饮食习惯 |
| 6. 焦躁不安 | 14. 做恶梦 | 姐妹 | 29. 肠道问题 |
| 7. 害羞 | 15. 发脾气 | 22. 留在户外时间过长 | 30. 还有其它问题吗? |
| 8. 伤心或生气 | 16. 任性或顽固 | 23. 和其他孩子打架 | 什么问题? |
| 9. 不高兴或沮丧 | | | |

6. 子女目前状况

a. 您觉得子女是怎样的一个人? _____

b. 您子女与兄弟姐妹相处得怎么样? _____

c. 您子女和邻里小伙伴相处得怎么样? _____

d. 您子女对上学持什么态度? _____

e. 您子女学业表现如何? _____

f. 您子女喜欢做什么? _____

g. 您子女对什么事物感到害怕或担心? _____

h. 您子女做过哪些让您感到难过或愤怒的事? _____

i. 您如何管教子女? 他/她如何反应? _____

j. 您子女做过哪些让您感到高兴或骄傲的事? _____

k. 您有什么问题愿意跟护士或医生交流吗? _____

填表人/Completed by

日期/Date

收表人/Received by

日期/Date