

费城教育局

幼儿早期教育办公室

教育局总部

440 N. BROAD STREET, 2nd FLOOR- PORTAL C
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

电话/Telephone: 215-400-4270

传真 / Fax:215-400-4272

办学点 / Center: _____

子女姓名/Child's Name: _____

您子女接受了一次听力及 / 或视力筛查测试。测试结果为:

听力测试结果 / **Hearing Screen Result** 测试日期 / **Date of exam** _____

通过听力测试 / Passed Hearing Screen

未通过听力测试——需接受后续测试（见以下内容） / Failed Hearing Screen -
Needs Follow Up (See Below)

重新测试听力——评语 / Retest Hearing -
Comments _____

未参加测试 / Absent _____

视力测试结果 / **Vision Screen Results** 测试日期 / **Date of exam** _____

通过视力筛查。

未通过视力测试——需接受后续测试（见以下内容） / Failed Hearing Screen -
Needs Follow Up (See Below)

未参加测试 / Absent _____

未通过视力及 / 或听力测试 / Failed Vision and/or Hearing Screen

请您提供服务的医生填写本表格底部的内容并将其交还给子女的任课教师。

医生报告

诊断 / Diagnosis:

治疗方案 / Treatment:

后续测试日期 / Date of Follow Up:

医生姓名（请工整填写） / Provider's Name (Please Print)

医生签名 / Provider's Signature

日期 / Date

如果我...

感觉不舒服



反常地感到疲劳、面色苍白、缺乏食欲、迷惑或烦躁不安。

出现呕吐



24 小时内两次或超过两次。

喉咙痛



伴有发烧及腺体肿大。

眼睛发炎



眼睛内溢出脓液。

拉肚子



24 小时内出现两次或超过两次液状大便。

长皮疹或头虱



身体上长出皮疹并伴有发烧或瘙痒症状，或头虱。

发烧



并伴有嗓子痛、皮疹、呕吐、拉肚子、耳朵痛症状或感觉不舒服。

...我生病时:

1. 启动应急方案，以便在生病期间有人帮助照顾我。
2. 即使我留在家中不上学，也要告诉老师我生了什么病。

费城教育局

幼儿早期教育办公室

教育局总部

440 N. BROAD STREET, 2nd FLOOR- PORTAL C
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

电话: 215-400-4270

传真:215-400-4272

日期/Date _____

亲爱的家长/监护人:

今天, 您子女_____

_____ 被其他幼儿所咬。/was bitten by another child

_____ 咬了其他幼儿。/bit another child

如果皮肤被咬破, 幼儿口腔内所含细菌可能会通过伤口侵入被咬幼儿皮肤。有时伤口非常小, 肉眼看不见, 但也可能感染了细菌。另外, 被咬幼儿皮肤上的细菌也可能进入另一名幼儿的口腔。

请放心:

如果您子女被咬, 工作人员已经对伤口进行了恰当的紧急处理, 用香皂和水清理伤口并在必要时贴了创可贴。

如果您子女咬了他人, 工作人员已经帮助其用清水漱口。

不论您子女被咬还是咬了他人, 都有可能感染细菌。建议您打电话联系您的医生并听从其指导。如果您子女必须就医, 请让医生在本信函背面所附表格(**Ouch Form**)填写备注, 并将其交还给子女的任课教师。如果您还有任何疑问, 请随时拨打电话 215-400-5671 联系医疗服务联络人 Susan Aichele。

费城教育局
幼儿早期教育办公室
教育局总部
440 N. BROAD STREET, 2nd FLOOR- PORTAL C
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

电话: 215-400-4270

传真:215-400-4272

通知编号 / Notice # _____

日期 / Date: _____

致_____的家长 / 监护人:

Topic / 事由: **Requirements for / 要求提供: 入学 / Entry** _____ **幼儿园 / Kindergarten**
返校 / Returning _____

我注意到您子女的医疗健康记录不全。请立即预约子女的医生, 请其提供以下信息:

请让医生完整填写本信所附表格, 请在每一项后面填写完整日期, 如月 / 日 / 年。

体检 / Physical Exam _____ {最后一次体检 / Last physical _____}

牙科检查 / Dental Exam _____ {最后一次牙科检查 / Last dental _____}

后续视力检查 / Follow up Vision exam _____

后续听力检查 / Follow up Hearing exam _____

百白破 / DPT _____ 肺结核测试 / TB TEST _____

脊髓灰质炎 / POLIO _____ 铅含量测试 / LEAD _____

乙肝 / HEPATITIS B _____

血红蛋白 / 麻腮风 / HEMOGLOBIN/MMR _____

红细胞压积 / HEMATOCRIT _____

水痘 / VARICELLA _____ 血压 / BLOOD PRESSURE _____

肺炎双球菌 / PNEUMOCOCCAL _____

流感嗜血杆菌疫苗 -B 型 / HIB _____

感谢您与我们合作, 帮助您在学前班就读的子女保持健康。

幼儿保健护士