

Nha Học Chánh Philadelphia

Dịch Vụ Y Tế Học Đường

School Health Services

Báo Cáo Cho Phụ Huynh Và Bác Sĩ Về Việc Khám Thính Giác
HEARING TEST REPORT TO PARENTS AND PHYSICIAN

NGÀY / DATE

TÊN HỌ HỌC SINH / NAME OF STUDENT

NGÀY SANH / DATE OF BIRTH

SỐ PHÒNG / ROOM # LỚP / GRADE

Kính Gởi Phụ Huynh/ Giám Hộ:

Là 1 phần của Chương Trình Sức Khỏe Học Đường, chúng tôi vừa hoàn tất việc kiểm tra thính giác cho con quý vị. Chúng tôi đề nghị cháu nên được bác sĩ khám đầy đủ hơn.

Lý do được y tá trường / y tá hành nghề chuyển đi:

Kết quả sơ bộ của việc kiểm tra thính giác:

NGÀY /DATE	TAI PHẢI /RIGHT EAR						TAI TRÁI /LEFT EAR					
	250	500	1000	2000	4000	8000	250	500	1000	2000	4000	8000

Việc hoàn tất tờ đơn chuyển đi này rất quan trọng vì sự rối loạn về thính giác sẽ có ảnh hưởng xấu đến việc học.

Cám ơn sự hợp tác của quý vị. Nếu có thắc mắc, hoặc cần sự giúp đỡ, xin quý vị vui lòng liên lạc với chúng tôi.

Y Tá Trường / Y Tá Hành Nghề /CERTIFIED SCHOOL NURSE/PRACTIONER _____

Trường /SCHOOL_____

Địa Chỉ Trường /SCHOOL ADDRESS_____

Điện Thoại /PHONE NUMBER_____

Quan Trọng:

Xin cầm theo tờ đơn này khi đi khám bác sĩ và đem nộp trả lại cho y tá trường sau khi bác sĩ điền vào đơn.

Important:

Please take this form to your doctor at the time of the examination. When the doctor has completed the information on the back, return it to the school nurse.

Báo Cáo Của Bác Sĩ Về Việc Đánh Giá Thính Giác
PHYSICIAN'S REPORT OF HEARING EVALUATION TO SCHOOL NURSE/PRACTITIONER

Ghi Chú Cho Bác Sĩ /NOTE TO THE PHYSICIAN

Xin bác sĩ đính kèm bản sao của đồ thị thính giác vào tờ báo cáo này. /It is important that a copy of your audiogram be attached to this report

TÊN HỌC SINH /NAME OF STUDENT _____

NGÀY ĐÁNH GIÁ /DATE OF EVALUATION _____

CHẨN ĐOÁN /DIAGNOSIS _____

TÊN CỦA LOẠI MẤT KHẢ NĂNG THÍNH GIÁC /TYPE OF HEARING LOSS _____

ĐIỀU TRỊ /TREATMENT _____

TIÊN LƯỢNG /PROGNOSIS _____

ĐỀ NGHỊ /RECOMMENDATIONS:

CHỖ NGỒI ĐẶC BIỆT TRONG LỚP HỌC /SPECIAL SEATING IS ADVISED IN THE CLASSROOM

CÓ /Yes KHÔNG /No

NẾU CÓ, HÃY DIỄN TẢ /IF YES, DESCRIBE:

NGÀY TÁI KHÁM KẾ /DATE OF NEXT APPOINTMENT _____

CÁC ĐỀ NGHỊ KHÁC /OTHER RECOMMENDATIONS _____

TÊN BÁC SĨ /PHYSICIAN'S NAME _____

NGÀY KHÁM /DATE OF EXAM _____

CHỮ KÝ BÁC SĨ /PHYSICIAN'S SIGNATURE _____

ĐIỆN THOẠI /TELEPHONE _____

Muốn đọc những tài liệu và thông tin khác bằng tiếng Việt, xin coi trang web: www.philasd.org/language/vietnamese