

费 城 教 育 局
The School District of Philadelphia

学校卫生保健服务处
School Health Services

同意学校医生 / 学校护士对学生作体检和测试的许可

PERMISSION FOR EXAMINATION AND TESTS BY SCHOOL PHYSICIAN/SCHOOL NURSE PRACTITIONER

学生姓名 /PUPIL	年级/GRADE	班级/ROOM/BOOK	学校/SCHOOL
-------------	----------	--------------	-----------

宾州法律要求所有在宾州学校就读的学生必须作牙科检查和体检，包括身体发育和感官功能普查。我们建议你带你的子女到你们平时看病的诊所去进行这些检查。假如你没有这样的去处，或者希望由学校医生或学校护士为你的子女作这些检查，请你在以下签名处签字表示同意。

我准许学校专科护士对我的子女进行以下检查 /I give permission for the school physician/school nurse practitioner to provide the following services to my child:

- 病史 /Health history
- 简要体检/Brief physical examination
- 检测项目/Screening tests for:

- ___ 身体生长指数 /growth
- ___ 视力 /vision
- ___ 辨色能力 /color vision
- ___ 听力 /hearing
- ___ 发育状况/development

- 教师所作的 "健康和成长" 评估 /teacher assessment of health and progress
- 卫生健康教学 /Health care teaching
- 卫生健康咨询 /Health counseling

- 我希望在提供病史和体检时在场 是/Yes 否/No
/I wish to be present for the health history and physical examination

家长 / 监护人签名/Signature of Parent/Guardian

日期/Date Signed

- 我将带我的子女去我们自己的医生诊所去作检查。请给我寄一份由我的医生填写的 "私人医生报告单" 。 /I will take my child to my own physician. Please send me a Private Physician Report to be completed by my doctor.

家长 / 监护人签名/Signature of Parent/Guardian

日期/Date Signed