

费 城 教 育 局

学 生 病 史 /STUDENT MEDICAL HISTORY

| | | |
|----------------------|--------------------|-----------|
| 学生姓名/NAME OF STUDENT | 大区号/CLUSTER | 日期 /DATE |
| 学校名称/NAME OF SCHOOL | 教室/组号/分区/RM/BK/SEC | 年级 /GRADE |

亲爱的家长 / 监护人：

宾州法律规定所有第一次入学的学童必须接受一次全面的身体检查，并在初中和高中分别再作一次全面体检。

学校护士能帮助您，向您提供医疗保险的资料。您的家庭可能有取得免费和优惠医疗保险的福利。在您带子女去您的医生 / 诊所那里作体检时，请将附带的表格带上，并将填好的表格于_____（日期/Date to return this form）前交还给学校护士。

谨此

学校护士 /SCHOOL NURSE _____

学生病史一由家长 / 监护人填写 /STUDENT'S MEDICAL HISTORY-TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN

- 1.您是否有医疗保险? /Do you have health insurance? 是 /Yes 否/No
您投保的医疗保险公司是 /What is the name of your insurance? _____
- 2.您在哪里为您子女作体检? /Where do you take your child for checkups? _____
电话 /Phone: _____ 电传 /Fax _____
- 3.您子女上一次体检是何时? /Date of child's last physical examination? _____
- 4.您子女在哪里看牙? /Where do your take your child for dental care? _____ 电
话/Phone: _____ 电传 /Fax _____
- 5.您子女上一次牙科检查是何时? /Date of child's last dental examination? _____
- 6.您子女是否正在服用药物? /Does your child take any medicine now? 是 /Yes 否/No, 如果正在服药, 请填写下列项目
 - 药名 /Medicine _____ 服药次数/How often _____ 何病服药/For what _____
 - 药名 /Medicine _____ 服药次数/How often _____ 何病服药/For what _____
 - 药名 /Medicine _____ 服药次数/How often _____ 何病服药/For what _____
- 7.您子女是否有过敏? /Is your child allergic to anything? 是 /Yes 否 /No
如果是, 对什么东西过敏? /If yes, to what? _____
- 8.您子女是否有什么体能限制, 不能参加某些活动? /Does your child have any activity restrictions? 是 /Yes 否 /No
如果有, 请详细解释/If yes, explain _____

请注明您子女曾经患过的病: CHECK ANY PROBLEM YOUR CHILD HAS HAD:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 哮喘/Asthma | <input type="checkbox"/> 糖尿病 /Diabetes | <input type="checkbox"/> 学习困难 /Learning Problem | <input type="checkbox"/> 癫痫 /Seizures |
| <input type="checkbox"/> 贫血 /Anemia | <input type="checkbox"/> 毒品/ 酒精 /Drug/Alcohol | <input type="checkbox"/> 肺部疾病 /Lung Disease | <input type="checkbox"/> 语言障碍 /Speech Difficulty |
| <input type="checkbox"/> 关节炎 /Arthritis | <input type="checkbox"/> 湿疹/Eczema | <input type="checkbox"/> 铅中毒 /Lead Poisoning | <input type="checkbox"/> 肺结核 /Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> 行为 / 情绪异常 /Behavior/Emotional | <input type="checkbox"/> 经常感冒 /Frequent Colds | <input type="checkbox"/> 流行性脑膜炎/Meningitis | <input type="checkbox"/> 视力障碍 /Vision Problems |
| <input type="checkbox"/> 血液病/Blood Disorders | <input type="checkbox"/> 听力障碍 /Hearing Difficulty | <input type="checkbox"/> 肌肉 / 骨骼 / 关节 /Muscle/Bone/Joint | <input type="checkbox"/> 尿路 / 肾脏疾患 /Urination/Kidney Problem |
| <input type="checkbox"/> 癌症 /Cancer | <input type="checkbox"/> 心脏病 /Heart | <input type="checkbox"/> 生理残废 /Physical Handicap | |
| <input type="checkbox"/> 水痘, 生病年龄/Chicken Pox at age _____ | <input type="checkbox"/> 高血压 High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> 早产 (低于五磅) /Premature birth, <5lb.) | |
| <input type="checkbox"/> 牙病 /Dental | <input type="checkbox"/> 住院 (手术) /Hospitalized-Surgery | | |

补充说明/Additional comments

如欲了解更多有关教育局的中文信息及文件的中文版本, 请上网至: www.philasd.org/language/chinese 查询