

费 城 教 育 局

The School District of Philadelphia

学校卫生保健服务处
School Health Services

日期 /Date _____

学校 /School _____

教室 /Room/Book _____

亲爱的家长 / 监护人 /Dear Parent/Guardian:

今天 (Today, at) _____点钟/O'clock, 您的子女_____ (Child's name)的头部受伤。他 / 她被安置在医务室内观察了_____分钟/minutes, 以便判断是否出现严重脑伤的症状。观察完毕后, 他(她)重返教室。一小时后, 我们又在医务室对他(她)的伤势作了一次评估。其间未发现脑伤症状。如果您的子女出现下列症状中的**任何一种**, 请立即与您的家庭医生联系或者立即将子女送医院求医:

- 行为改变, 诸如: 恍惚迷茫、性情暴躁、易激怒
- 头晕、恶心、呕吐 (两次以上)
- 抽搐、痉挛
- 视力模糊或眼球转动异常
- 严重头疼
- 手臂及 / 或腿部瘫痪
- 严重的持续性嗜睡
- 步履不稳

请让您的家庭医生将反面的表格填好, 并尽快交给学校护士。假如您的子女尚未就医, 请在反面的表格中解释原因并交给学校护士。

不论如何, 即使您子女**没有出现**上述症状, 您最好还是咨询一下您的家庭医生。

_____学校护士 /SCHOOL NURSE

家庭医生出具的报告
/REPORT BY FAMILY DOCTOR

诊断 /*DIAGNOSIS*:

治疗措施 /*TREATMENT*:

为家庭 / 学校提出的特殊要求/*SPECIFIC INSTRUCTIONS FOR HOME/SCHOOL*:

后续就诊日期 /*DATE OF FOLLOW-UP VISIT*: _____

医师签名 /*DOCTOR'S SIGNATURE*

签名日期 /*DATE SIGNED*

医师姓名（正楷） /*DOCTOR'S PRINTED NAME*

电话号码 /*PHONE NUMBER*

家长 / 监护人出具的报告
/REPORT BY PARENT/GUARDIAN

家长签名 /*PARENT'S SIGNATURE*

签名日期 /*DATE SIGNED*

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