

**ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្វីឡាដេល្វី/ THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA**

**ការបម្រើផ្នែកសុខភាពនៅសាលា/SCHOOL HEALTH SERVICES**

**ការបញ្ជូនរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត សម្រាប់ការបង្រៀនសិស្សដែលមិនអាចចេញពីផ្ទះដោយសារពិការភាព /Physician's Referral for Homebound Instruction**

ឈ្មោះសិស្ស/Name of student	ថ្ងៃកំណើត/DOB	អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសិស្ស/Student I. D	ថ្នាក់ទី/Grade	បន្ទប់/ផ្នែក/សៀវភៅ (RM/SEC/BK)
អាសយដ្ឋានផ្ទះ/Home Address	លេខតំបន់/Zip Code	ឈ្មោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល/Name of Parent/ Guardian		ទូរស័ព្ទផ្ទះ/Home Phone
ឈ្មោះសាលា/Name of School	ទូរស័ព្ទសាលា/School Telephone		គិលានុបដ្ឋាកសាលា/School Nurse	

**■ ត្រូវបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត/TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN :**

- ថ្ងៃខែពិនិត្យ/Date of Examination: \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែណាត់ជួបពេលក្រោយ/Date of Next Appointment: \_\_\_\_\_
- រោគវិនិច្ឆ័យ/Diagnosis: \_\_\_\_\_
- ថ្ងៃខែមានជម្ងឺ/Date of onset of illness: \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែមានរបួស/Date of onset of injury: \_\_\_\_\_
- ការសន្និដ្ឋានពីជម្ងឺទៅថ្ងៃក្រោយ/Prognosis: \_\_\_\_\_
- តើការរកឃើញ ខាងរាងកាយ/ខាងព្យាបាល អ្វីខ្លះដែលមិនអាចឲ្យសិស្សនេះទៅរៀនបាន?/What physical/clinical findings that make it NOT possible for this student to attend school?  
\_\_\_\_\_

• តើសិស្សនេះកំពុងលេបថ្នាំអ្វី?/What medication(s) is this student taking? \_\_\_\_\_

• តើសិស្សនឹងត្រូវការថ្នាំនៅសាលាឬទេ?/Will the student require medication in school? \_\_\_ត្រូវការ/Yes \_\_\_មិនត្រូវការ/No

• តើលោកអ្នកជឿថា ពេលណាទើបសិស្សនេះអាចត្រឡប់ទៅរៀនវិញបាន?/When do you believe this student will be able to return to school?  
\_\_\_\_\_

• បើមានតម្រូវការអ្វីមួយ តើវាជាអ្វីដែលលោកអ្នកជឿថានឹងអាចជួយឲ្យសិស្សឆាប់ត្រឡប់មករៀនវិញបាន?/What, if any accommodation, do you believe will be necessary to facilitate an early return to school? \_\_\_\_\_

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត (សរសេរឲ្យច្បាស់) PHYSICIAN'S NAME (PRINT)	ហត្ថលេខារបស់វេជ្ជបណ្ឌិត/PHYSICIAN'S SIGNATURE	ថ្ងៃខែ/DATE
អាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត /PHYSICIAN'S ADDRESS		ទូរស័ព្ទ របស់វេជ្ជបណ្ឌិត /PHYSICIAN'S PHONE NO.

**■ ការអនុញ្ញាតរបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល/PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION:**

*ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យគិលានុបដ្ឋាកសាលាទាក់ទងជាមួយអ្នកព្យាបាលរបស់កូនខ្ញុំ ហើយឲ្យអ្នកព្យាបាលរបស់កូនខ្ញុំឆ្លើយតាមត្រូវការ ចំពោះការបញ្ជូននេះ សម្រាប់ការបង្រៀនសិស្សដែលមិនអាចចេញពីផ្ទះបានដោយសារពិការភាព។*

ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល/Parent/Guardian's Signature \_\_\_\_\_ ថ្ងៃចុះហត្ថលេខា/Date Signed \_\_\_\_\_

ដើម្បី ជ្រាបពីឯកសារដែលបានបកប្រែ និងព័ត៌មាន បន្ថែម ជាភាសាខ្មែរ សូមមើលក្នុងរ៉ូបសៃ ៖ [www.philasd.org/language/khmer](http://www.philasd.org/language/khmer)