

St. Louis Park ISD 283
Служба здравоохранения
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ УЧАЩЕГОСЯ
 Заполняется ежегодно родителями или опекунами

Имя и фамилия учащегося _____ Дата рождения _____ Класс _____

Имеет ли ваш ребёнок какие-либо хронические заболевания (отметьте галочкой то, что относится к вашему ребёнку)?

- | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Астма | <input type="checkbox"/> Сердечные расстройства |
| Аллергия: | | |
| <input type="checkbox"/> на лекарства | <input type="checkbox"/> Аутизм | <input type="checkbox"/> Неврология |
| <input type="checkbox"/> на продукты питания | <input type="checkbox"/> Проблемы поведения | <input type="checkbox"/> Ортопедия |
| <input type="checkbox"/> на пчелиный укус | <input type="checkbox"/> Рак | <input type="checkbox"/> Припадки |
| <input type="checkbox"/> на времена года | <input type="checkbox"/> Диабет | <input type="checkbox"/> Потеря зрения или слуха |
| <input type="checkbox"/> Артрит | <input type="checkbox"/> Эмоциональные расстройства | <input type="checkbox"/> Другие расстройства |
| | <input type="checkbox"/> Головные боли | |

Дайте пояснения _____

Был ли ваш ребёнок госпитализирован по поводу какого-либо заболевания, операции или травмы в последние 2 года? Да Нет

Если да, то дайте пояснения _____

Ограничены ли чем-либо физические способности вашего ребёнка Да Нет

Если да, то дайте пояснения _____

Принимает ли ваш ребёнок какие-либо лекарства? Да Нет . Обратитесь к медсестре, если приём лекарств необходим в школе.

Название лекарства	Частота применения	Средство от/для

Прививки, сделанные в течение последнего года:

Тип	Месяц/дата/год	Тип	Месяц/дата/год	Тип	Месяц/дата/год
Прочие заметки _____					

Настоящая информация запрашивается школой с целью предоставления вашему ребёнку необходимых ему медицинских услуг. Она будет рассматриваться как конфиденциальная и будет занесена в его историю болезни. Он будет предоставлена только тем сотрудникам, работающим с вашим ребёнком, которым она будет необходима, а также персоналу скорой помощи в экстренных случаях.

_____	_____
Подпись родителей/опекунов	Дата
_____	_____
Домашний телефон	Рабочий телефон
_____	_____
Фамилия врача или название клиники	Телефон клиники