

学生健康记录表

姓名: 年龄:

出生日期: 年级:

保险信息

您孩子的保险公司名称:

保险编号: 保险到期日:

学生健康记录

请根据孩子健康状况回答以下问题。所有信息将被视为机密。
对以下问题回答为“是”，请说明用药和治疗情况。如需要，可以附加相关文件。

健康状况	是	否	治疗 / 用药
多动症 / 注意力不集中			
哮喘			
尿床			
骨骼问题			
水痘			
糖尿病			
眩晕症			
湿疹			
癫痫症			
心脏病			
偏头疼			
梦游			
饮食特别注意			
晕车船 / 运动病			

学校还应该知道的孩子感情、行为和心理学上的其它问题:

.....

.....

.....

您的孩子是否曾注射以下疫苗? 请提供孩子所接种疫苗的记录一份

接种疫苗	是	否	时间	接种疫苗	是	否	时间
脑灰质炎(口服或抗体注射)				肺结核(结合菌测试或接种疫苗)			
白喉/百日咳/破伤风混合疫苗				麻疹/腮腺炎/风疹			
甲型肝炎				乙型肝炎			
水痘				乙型脑炎			

您的孩子是否有以下过敏：

如果回答为“是”，请注明过敏反应（比如，起麻疹、红肿、呼吸困难）以及/或者相应治疗。

过敏	是	否	过敏反应 / 治疗
食物（具体说明）			
蚊虫叮咬（具体说明）			
药物（具体说明）			
其他（具体说明）			

您的孩子是否曾通过注射肾上腺素治疗过敏性休克？ 是：_____ 否：_____

您的孩子是否有以下障碍？如果回答为“是”，请说明具体情况及矫正工具（比如，眼睛，助听器）

障碍	是	否	具体情况及矫正/辅助工具
听力			
说话			
视力			

您的孩子是否定期用药？如果是，请详细说明情况：

用药/病情	剂量	用药时间（比如：每日 等等）

如果您的孩子在校期间身体疼痛或略感不适，学校护士将使用温和的非处方药治疗，诸如醋氨酚/扑热息痛、布洛芬（非阿司匹林），抗酸剂（适用于胃病）、止咳糖浆、克敏能（开瑞坦）或者局部皮疹油膏，等等。

如果不希望孩子在校使用药物，请在此签名：_____

如出现紧急情况，我们将设法联系您，并将孩子送往最近的大医院，国际急救中心。

家庭医生（北京）：_____ 电话：_____

以上本人提供的均为真实信息。如果孩子健康状况出现变化，我会将情况告知学校。

签名

与学生关系

日期