

布伦特里公立学校局 (Braintree Public Schools)

病历

(由家长/监护人填写)

姓名 _____ 名 中间名 姓	年级 _____ 学校 _____
住址 _____	电话 _____
转学自 _____	今天的日期 _____
生日 _____	出生省份/城市 _____
父亲姓名 _____	职业 _____
母亲姓名 _____	职业 _____
家里其他孩子人数 _____	在家主要说什么语言 _____
姓名 _____ 生日 _____	姓名 _____ 生日 _____
姓名 _____ 生日 _____	姓名 _____ 生日 _____
孩子和谁住: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 其他	

出生时是否有任何并发症? 是 否 如有, 请说明: _____

这个孩子曾有以下任何情况吗? 如果有, 请说明:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 哮喘 _____ | <input type="checkbox"/> 骨折/地点/日期 _____ |
| <input type="checkbox"/> 过敏 (请列出) _____ | 用过肾上腺素注射笔 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| <input type="checkbox"/> 心脏问题 _____ | <input type="checkbox"/> 肝炎 _____ |
| <input type="checkbox"/> 肾脏问题 _____ | <input type="checkbox"/> 脊柱侧弯 _____ |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 _____ | <input type="checkbox"/> 听力问题 _____ <input type="checkbox"/> 助听器 |
| <input type="checkbox"/> 癫痫 _____ | <input type="checkbox"/> 视力问题 _____ <input type="checkbox"/> 戴眼睛 <input type="checkbox"/> 隐形眼镜 |
| <input type="checkbox"/> 其他 _____ | |

孩子目前服用任何药物吗? 如果有, 请说明药物和原因 _____

这名学生可以完全参与体育课程吗? 是 否
如果不可以, 请说明原因 _____

家庭医生 _____ 家庭牙医 _____

我允许学校护士可在认定适合我的孩子的健康和安全的条件下, 把以上医疗信息提供给学校人员。
 是 否

家长或监护人签名 _____

请把填妥的表交回学校护士