

学生健康记录问卷

学生姓名：_____ 申请年级：_____

请尽可能地如实填写您孩子的健康状况。

健康资料

您的孩子是否有以下健康状况？（请选择有／没有）

健康状况	有	没有	如有，请说明（若须服用药物，请注明）
哮喘			
过敏症			
糖尿病			
癫痫			
晕眩			
心脏病			
脑膜炎			
脊柱侧凸			
皮肤病			
肺结核			
泌尿系统障碍			
住院或严重受伤			
其它			

您的孩子现在是否患有任何疾病？如有，请说明：

☐ 有 _____

☐ 没有

您的孩子是否需要每日服药？如有，请说明：

☐ 有 _____

☐ 没有

Think. Create. Succeed.

T +607 509 8750 F +607 510 2768
www.Raffles-American-School.edu.my

您的孩子是否有任何健康状况或活动限制将影响他／她的体力活动，并且是学校得关注的？如有，请说明：（若须服用药物，请注明）

- ☐ 有 _____
- ☐ 没有

您的孩子是否被诊断患有或接受过与任何心理/社会与情感障碍有关的治疗，如抑郁、焦虑、自闭症、ADD、ADHD 等？如有，请说明：（若须服用药物，请注明）

- ☐ 有 _____
- ☐ 没有

您的孩子是否戴眼镜或隐形眼镜？如有，请说明。

- ☐ 有 _____
- ☐ 没有

您的孩子是否有听力障碍或使用助听器？如有，请说明。

- ☐ 有 _____
- ☐ 没有

在未获得家长或监护人书面许可的情况下，学生不得服用药物。请家长参阅并签署以下内容：

1. 我证明所有以上信息均属实。
2. 学校医疗室收储了经核准的非处方药。学生在上课期间不舒服可以到学校的医疗室去。学校医疗护士未经过家长同意是不会提供非处方药至任何学生。我特此允许医疗护士在认为有必要的情况下，提供孩子经核准的非处方药。
3. 我特此允许学校医疗护士在孩子发生意外事故或突发疾的情况下，采取急救措施或在必要时把孩子送到距离学校最近的医院接受治疗。
4. 我特此允许学校医疗护士提供老师有关孩子的健康状况，如气喘、过敏、听觉或视觉等状况，以便老师理解这将影响孩子的学习能力。

家长签名： _____ 日期： _____

Think. Create. Succeed.

T +607 509 8750 F +607 510 2768
www.Raffles-American-School.edu.my