

Shakopee Public Schools
Медицинская форма

Каждый год окружной офис школ города Shakopee должен обновлять медицинскую историю каждого ученика, чтобы школьный медицинский персонал смог обеспечить надлежащие услуги и удостовериться в наличии всех прививок. Преподавательский штат, работающий с вашим ребёнком, может иметь доступ к нижеуказанной информации. Пожалуйста, возвратите эту форму в школу вашего ребенка как можно скорее. Если у вас возникнут вопросы, звоните в Офис главной школьной медсестры по телефону 952-496-5081 или 952-496-5073.

Фамилия и имя ученика: _____ **Дата рождения:** _____ **Пол:** ___ М ___ Ж

Название школы: _____ **Класс:** _____ **Дата:** _____

Обновлённая медицинская информация учащегося	Да	нет
1. Имеет ли ваш ребёнок медицинский диагноз? Какой диагноз? _____		
2. Делали ли вы прививки вашему ребёнку после окончания прошлого учебного года, записи которых не числятся в школе? Вид прививок _____ Дата _____ Название поликлиники _____		
3. Болел ли ваш ребёнок серьёзными заболеваниями и лежал ли он/она в больнице после окончания прошлого учебного года? Конкретно _____ Если да, находится ли он/она под наблюдением врача? _____		
4. Нуждается ли он/она в медицинском обслуживании в школе? Необходимые услуги: _____		
5. Есть ли у вашего ребёнка аллергия? Есть ли у вашего ребёнка аллергия на еду? _____ Если да, на какую? _____ Какая реакция? _____ Нужно ли, чтобы в школе хранилось это лекарство? _____ Когда он/она должны принимать это лекарство? _____		
6. Болеет ли ваш ребёнок астмой? Какие лекарства он/она принимает? _____		
7. Принимает ли ваш ребенок регулярно какие-то лекарства? Если да, то перечислите какие и для чего они принимаются: _____ Должен ли он/она принимать эти лекарства в школе под контролем медсестры? Если да, то обратитесь в офис школы вашего ребёнка и заполните форму: "Разрешение на лекарство и лечение в школе".		
8. Есть ли у вашего ребёнка проблемы со зрением? Если да, объясните _____		
9. Есть ли у вашего ребёнка проблемы со слухом? Если да, объясните _____		
10. Есть ли у вашего ребёнка диетические ограничения? Если да, объясните _____		
11. Есть ли у вашего ребёнка ограничение на физическую деятельность? Если да, объясните _____		
12. Нужно ли нам запросить медицинскую историю вашего ребёнка? Если да, то какую и откуда _____		
13. Хотели бы вы индивидуально встретиться со школьной медсестрой? Когда? _____		

Имена родителей _____

Подпись родителей _____