

# 保密的紧急情况健康信息

姓名 \_\_\_\_\_ 出生 \_\_\_\_\_ 性别 男 女  
日期 \_\_\_\_\_  
姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_

学校 \_\_\_\_\_ 年级 \_\_\_\_\_ 教师 \_\_\_\_\_

**对家长/监护人的提示：**如果你的孩子有危及生命的健康状况（比如严重的蜜蜂叮咬过敏、严重食物过敏、严重哮喘、不稳定糖尿病、严重的癫痫等），华盛顿州法律 **SHB 2834** 要求，在你的孩子每年入学第一天前，就准备好药物或治疗方案和卫生保健方案。请立即联系你孩子学校的护士。

为了为你的孩子提供安全健康的环境，以下人员将可获得这些信息：校长、护士、孩子的教师、秘书、负责卫生室保险覆盖的人员、医疗急救人员。

## A. 病史（勾选对你孩子适用的选项，在评论一栏进行描述）

- |                                 |                                    |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 多动症    | <input type="checkbox"/> 肾上腺素自动注射器 | <input type="checkbox"/> 其他： _____ |
| <input type="checkbox"/> 焦虑/忧郁症 | <input type="checkbox"/> 胃肠疾病      | _____                              |
| <input type="checkbox"/> 哮喘     | <input type="checkbox"/> 听力障碍      | _____                              |
| <input type="checkbox"/> 孤独症    | <input type="checkbox"/> 心脏病       |                                    |
| <input type="checkbox"/> 蜜蜂叮咬过敏 | <input type="checkbox"/> 过度换气综合征   |                                    |
| <input type="checkbox"/> 出血障碍   | <input type="checkbox"/> 偏头痛       | <b>体育活动：</b>                       |
| <input type="checkbox"/> 脑瘫     | <input type="checkbox"/> 矫形术       | <input type="checkbox"/> 受限        |
| <input type="checkbox"/> 色盲     | <input type="checkbox"/> 癫痫        | <input type="checkbox"/> 不受限制      |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病    | <input type="checkbox"/> 视力障碍      | 解释： _____                          |

评论： \_\_\_\_\_

## B. 过敏 列出你孩子所有的过敏情况，包括对药物/蜜蜂叮咬/食物的过敏。

过敏源 _____	治疗 _____
过敏源 _____	治疗 _____
过敏源 _____	治疗 _____

## C. 药物治疗： 在家是否服用药物？ 是 否

药物名称	1) _____	用于治疗：	1) _____
	2) _____	用于治疗：	2) _____

## 在学校是否需要服药？ 是 否

药物名称	1) _____	用于治疗：	1) _____
	2) _____	用于治疗：	2) _____

## \*\*学生是否服用任何中草药？ 是 否

药物名称	1) _____	用于治疗：	1) _____
------	----------	-------	----------

在学校给学生服用任何药物前，家长和持照的卫生保健提供者必须填写可从学校办公室和在线获得的药物服用表，并归档存放。

