

波特兰公立学校  
学生医疗资料表格

学生姓名\_\_\_\_\_ 选一个： 男性 女性  
地址\_\_\_\_\_ 地区号码\_\_\_\_\_

电话 \_\_\_\_\_ 出生日期\_\_\_\_\_ 社会安全号码 # \_\_\_\_\_ (非必须填写)

父母/监护人姓名 \_\_\_\_\_

电话 (家庭)\_\_\_\_\_ (工作)\_\_\_\_\_

(手提电话)\_\_\_\_\_

地址\_\_\_\_\_ 地区号码\_\_\_\_\_

其他紧急情况的联系人\_\_\_\_\_ 电话\_\_\_\_\_

地址\_\_\_\_\_ 地区号码\_\_\_\_\_

医生\_\_\_\_\_ 电话\_\_\_\_\_

地址\_\_\_\_\_ 地区号码\_\_\_\_\_

医院选择\_\_\_\_\_ 电话\_\_\_\_\_

保险金 有 没有

保险公司的名字\_\_\_\_\_

- 这个学生是否有任何医疗的问题? 有 没有

如果有, 请解释\_\_\_\_\_

---

---

---

- 如有的话, 附上一封由他/她的医生出示的信, 包含药物治疗和医疗方案给学校.

- 该学生是否正在使用药物? (药物包括非处方药: 例如, 阿斯匹林, 等等)

是 否

如果是, 请详细说明\_\_\_\_\_

- 该学生是否有任何药物过敏? 有 没有

如果是, 请详细说明 \_\_\_\_\_

- 该学生是否会因虫咬或刺而过敏? 是 否

如果会, 该学生是否有一个应付虫咬的用具包以备急用? 有 没有

- 该学生什么时候接受过最后一次破伤风注射针? \_\_\_\_\_

- **在学年里, 如这张表格内有任何资料的改变, 父母/监护人有责任通知学生所在的学校.**

父母/监护人签名\_\_\_\_\_

日期\_\_\_\_\_

2006年5月12日 学校支援部