

請勿填寫本表格。本表格僅供參考。

(1) 學校健康辦公室
學校健康表格 (SH-10)

(2) 學校

(3) 日期

(4) 致下列學生的家長/監護人

(5) 班級

(6) 出生日期

(7) 主題: **醫務室就診**

(8) 學生身份號碼 (OSIS)

(9) 您的子女在今天上午/下午 _____ 因下列原因在醫務室就診:

(a) 擦傷

(m) 發燒: 華氏 _____ 度

(b) 疼痛

(n) 頭痛/眩暈

(c) 過敏症狀

(o) 噁心/嘔吐

(d) 眼睛: 發癢/發紅/流眼淚

(p) 流鼻血

(e) 鼻子: 發癢/流鼻涕/鼻塞/打噴嚏

(q) 疼痛

(f) 喉嚨: 瘙癢/發癢

(r) 皮疹

(g) 叮咬

(s) 皮膚: 發癢/發乾/疼痛

(h) 割傷

(t) 喉嚨痛

(i) 咳嗽/感冒

(u) 胃痛

(j) 耳朵痛: 右/左

(v) 倦怠/疲勞

(k) 眼睛: 右/左

(w) 牙疼

(l) 視力問題: 右/左

(x) 創傷

(y) 其他 (請說明):

(10) 所給予的治療:

(a) 冰敷

(e) 施壓止血

(b) 創可貼

(f) 用肥皂和水清洗患處

(c) 冰敷壓迫

(g) 流質: 水/果汁

(d) 餐飯/零食

(11) 建議:

(a) 請看你的醫生/牙醫接受評估

(b) 待在家裏, 直至體溫正常達 24 小時

(c) 待在家裏, 直至眼睛不再有分泌

(d) 待在家裏, 直至嘔吐已停止達 24 小時

(e) 更新你的用於聯絡家長的緊急聯絡卡 (我們無法與您取得聯繫)

(f) 提交**新生入學體檢表 (CH205)**

(12) 若出現下列情況, 請聯絡醫療服務機構接受評估:

(a) 如果您的子女說自己頭疼、眩暈、噁心和/或嗜睡

(b) 如果感覺不適的部位腫脹和/或非常疼

(c) 如果疼痛和/或病症持續

(13) 其他意見:

(14) 看診醫生: (姓名與頭銜)

(15) 電話號碼:

如需要幫忙翻譯本表格, 請上網到 <http://tinyurl.com/DOEHealthServices>、聯絡子女的學校, 或者利用自動翻譯工具。