



普林斯頓（深圳）森林幼兒園 健康表

學生姓名 (如護照所示) (英文) ----- 姓 ----- 名 -----

(中文) ----- 姓 ----- 名 -----

出生日期 ----- 日 ----- 月 ----- 年 ----- 性別 男 女

國籍 -----

家庭住址 -----

1. 您的孩子是否有任何疾病或殘疾？ 是 否
 如果是，請提供詳細信息： .

2. 您的孩子是否需要定期服用藥物？ 是 否
 如果是，該藥物及其服用頻率是什麼？用於治療什麼？

3. 您的孩子是否有過敏現象？過敏原因是什麼？ 是 否
 請描述過敏的反應及處理方法：

4. 您的孩子是否有特殊飲食要求？ 是 否
 如果是，飲食要求是什麼？

5. 您的孩子是否佩戴眼鏡？ 是 否
 如果是，眼鏡的度數是多少？

6. 請勾選出您的孩子現有或曾有的健康問題：

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 哮喘 (請說明誘因) | <input type="checkbox"/> 癌症 | <input type="checkbox"/> 住院 (手術) |
| <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 肺部疾病 |
| <input type="checkbox"/> 關節炎 | <input type="checkbox"/> 視力問題 | <input type="checkbox"/> 癲癇 |
| <input type="checkbox"/> 行為及情緒問題 | <input type="checkbox"/> 心臟問題 | <input type="checkbox"/> 濕疹 |
| <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | |

如有上述情況，請提供詳細信息并包括曾發生日期：

7. 請勾選您的孩子曾有過的傳染性疾病，并說明其發生年齡：

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 水痘 _____ | <input type="checkbox"/> 麻疹 _____ | <input type="checkbox"/> 猩紅熱 _____ |
| <input type="checkbox"/> 白喉 _____ | <input type="checkbox"/> 腮腺炎 _____ | <input type="checkbox"/> 百日咳 _____ |
| <input type="checkbox"/> 風疹 _____ | <input type="checkbox"/> 肺炎 _____ | <input type="checkbox"/> 小兒麻痺症 _____ |
| <input type="checkbox"/> 手足口病 _____ | | |

8. 如果您的孩子在校時感到輕微的疼痛或不適，您是否同意讓學校護士對您的孩子進行初步護理？

- 是 否

9. 關於孩子的健康問題，您是否還有其他需要我們知道的？

如有需要，請另外附紙。

學生疫苗接種記錄

學生姓名 (中文) 姓 名

(如護照所示)

(英文) 姓 名

疫苗	日期	日期	日期	日期	日期
百白破疫苗					
口服輪狀病毒疫苗					
甲肝疫苗					
乙肝疫苗					
乙腦疫苗					
A群流腦疫苗					
麻腮風疫苗					
麻風二聯疫苗					
B型流感嗜血桿菌疫苗					
滅活脊髓灰質炎疫苗					
白破疫苗					
A+C流腦疫苗					
卡介苗					
水痘疫苗					
其他					

請註明您是按照哪個國家地區的免疫規劃進行接種：

.....

家長/監護人姓名 (正楷書寫):

家長/監護人簽名: 日期:

緊急聯絡和同意書

學生全名 (中文) 姓 名
(如護照所示)
(英文) 姓 名

緊急聯絡信息		
1. 父親姓名:		
手提電話:	工作/其他電話:	家庭電話:
2. 母親姓名:		
手提電話:	工作/其他電話:	家庭電話:
3. 監護人姓名:		
手提電話:	工作/其他電話:	家庭電話:
3. 首選醫院名稱:		
電話號碼:		
地址:		

我/我們明白，若發生緊急或嚴重事故，學校將盡全力聯繫家長，並將我/我們的孩子送往適當的醫院進行治療。在緊急或嚴重事故情況下，並在合格醫護人員的建議下，我授權學校管理人員批准對我的孩子進行必要的醫學護理。在這種情況下，我/我們將承擔所產生的全部費用。

家長/監護人姓名 (正楷書寫):

家長/監護人簽名: 日期: