

姓 名 ミドルネーム 居住地区 事前登録日

保健・緊急連絡先

生徒の個人情報

住所		町	
郵送先			
電話番号		性別	学年
生年月日		出生地	

健康情報

保健の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険会社	
-------	---	------	--

健康保がない場合、マサチューセッツ州では、保のない子供たちに手頃な価格の医療サービスを提供する医療保険制度があります。(制限が適用される場合があります。)これらのプログラムの詳細については、学校の看護師にお問い合わせください。すべてのコミュニケーションは守秘されます。

担当医師		電話番号	
歯科医		電話番号	

希望する病院

<input type="checkbox"/> ADD / ADHD	<input type="checkbox"/> 自閉症・アスペルガー	<input type="checkbox"/> 1型 糖尿病	<input type="checkbox"/> 偏頭痛
<input type="checkbox"/> アレルギー	<input type="checkbox"/> うつ症状	<input type="checkbox"/> 2型 糖尿病	<input type="checkbox"/> けいれん発作
<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 発達障害	<input type="checkbox"/> 心臓病	

アレルギー		エピペンの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-------	--	---------	---

聴覚障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	視覚障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------	---	------	---

説明		説明	
----	--	----	--

(1) 親・保護者

氏名			
住所			
電話番号 1	電話番号 2	Eメール	

(2) 親・保護者

氏名			
住所			
電話番号 1	電話番号 2	Eメール	

私は学校の看護師に、私の子供に Acetaminophen・Ibuprofen (痛み止め) を投与する許可を与えます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	--

私は、私の子供の健康と安全のニーズを満たすために必要であれば、私の子供の健康状態に関する情報を適切な学校関係者と共有すること、また、紹介、診断、治療の目的で、私の子供の担当医・カウンセラーと情報を共有することを、学校看護師に許可します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	--

氏名 (活字体)	署名	日付
----------	----	----