

醫療資料表

學生姓名:

出生日期:

學生家長 / 監護人(等):

電話: (手機)_____ (住宅)_____ (工作)_____

電話: (手機)_____ (住宅)_____ (工作)_____

緊急聯絡資料: (學生家長 / 監護人以外)

(1) _____
姓名 與學生的關係
_____ 其他聯絡資料
電話號碼

(2) _____
姓名 與學生的關係
_____ 其他聯絡資料
電話號碼

主診醫生姓名及聯絡資料 (在緊急事故):

醫保名稱, 保險號碼 # 及聯絡資料 (在緊急事故):

醫保索償指引 / 程序(在緊急事故):

波市公校 BPS 應該注意學生是有以下健康問題和過敏:

健康問題:

過敏 (食物、藥物、昆蟲、植物、動物等):

波市公校 BPS 應該注意學生是服用以下藥物及 / 或處方 , :

列出施藥規定 / 指引:

如施藥是在有需要才進行, 具體說明施藥的症狀或情況, 及可能要再施藥的時間。

是否有任何合理因素, 孩子只能進行有限度的體能活動? (即哮喘、最近施過手術、心臟狀況、異常恐懼等)

如有的話, 具體指出你想限制他 / 她進行的項目方式 :

波市公校 BPS 應該知道關於學生健康的其他資料:

為協調服務, 我授權發放上述提供的資料予學校其他職員。

18 歲或以上學生簽名

日期

18 歲以下學生家長 / 監護人簽名

日期

* 如有需要, 隨表附上醫生信。

* 如有需要, 隨表附上學生防疫注射記錄副本。

施藥表

在這次考察旅行，請學生只攜必須藥物

學生姓名: _____

1. 藥物名稱 _____

施藥時間 _____

施藥原因 _____

應注意的副作用 / 其他資料 _____

2. 藥物名稱 _____

施藥時間 _____

施藥原因 _____

應注意的副作用 / 其他資料 _____

3. 藥物名稱 _____

施藥時間 _____

施藥原因 _____

應注意的副作用 / 其他資料 _____

4. 藥物名稱 _____

施藥時間 _____

施藥原因 _____

應注意的副作用 / 其他資料 _____

額外資料 / 特別指示:

本人授權我孩子在這次考察旅行中使用上述藥物。

18 歲或以上學生簽名

日期

18 歲以下學生家長 / 監護人簽名

日期