

列克星敦公立学校  
马萨诸塞州，列克星敦  
学校健康服务部  
新生健康信息表

尊敬的家长/监护人：

感谢您抽出宝贵的时间，在您的孩子入读列克星敦公立学校之际，填写有关孩子的简要健康信息履历。这些信息将有助于学校护士更好地了解您的孩子，并协助孩子过渡至校园生活。请随时来电，并预约您对应学校的护士，以讨论任何特殊的健康护理需求。

学生姓名： \_\_\_\_\_  
                                        姓                                        名                                        中间名

出生日期： \_\_\_\_\_

地址： 电话号码 \_\_\_\_\_

**健康履历**

1. 你的孩子是否曾住院或做过手术？（“是”和“否”选项被省略）如有，请说明：

2. 你的孩子是否曾患有疾病、出过意外或遭受骨折？（“是”和“否”选项被省略）如有，请说明：

3. 过敏信息：	是	否
您的孩子是否对任何药物过敏？	_____	_____
您的孩子是否对任何食物过敏？	_____	_____
您的孩子是否对乳胶过敏？	_____	_____
您的孩子是否对针昆虫过敏？	_____	_____
您的孩子是否有 EpiPen？	_____	_____

如果以上任何答案为是，请在下面列出有关过敏的信息。若对食物、乳胶或针昆虫的过敏会危及生命，则需在入学前，制定“紧急健康护理计划”，并获得 EpiPen 投药医嘱。请尽快联系学校护士。

4. 您的孩子是否曾患有哮喘？          是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_  
若是，您的孩子是否需要使用呼吸器？是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

若在学校需要使用呼吸器，请在入学前从医生处获取投药医嘱。请尽快联系学校护士。

5. 听力和视力

您的孩子是否曾患有耳部炎症？	是	_____	否	_____
您的孩子是否有耳内置管？	是	_____	否	_____
你的孩子是否曾患有听力损失？	是	_____	否	_____
您的孩子是否曾有视力问题？	是	_____	否	_____
您的孩子是否戴眼镜？	是	_____	否	_____

见反面

6. 您的孩子是否定期服药？ 是\_\_\_\_\_否\_\_\_\_\_

请列出： \_\_\_\_\_

7. 您的孩子是否有任何禁忌？ \_\_\_\_\_

8. 总体健康情况： 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

经常性感冒 \_\_\_\_\_

喉咙痛/经常性喉咙发炎 \_\_\_\_\_

经常性腹痛 \_\_\_\_\_

经常性流鼻血 \_\_\_\_\_

痉挛 \_\_\_\_\_

头痛 \_\_\_\_\_

心杂音或心脏问题 \_\_\_\_\_

进食/营养问题 \_\_\_\_\_

大小便失禁 \_\_\_\_\_

其他： 请说明

\_\_\_\_\_

9. 您还有其他医疗或行为上的问题需要告知我们的吗？如果您的孩子有以下患病史或诊断，请圈选出来：焦虑 抑郁症 多动症 自杀倾向 自我伤害 双相情感障碍 饮食失调 自闭症谱系

其他请说明 \_\_\_\_\_

9. 您还有其他医疗或情感上的问题需要告知我们的吗？

\_\_\_\_\_

兄弟姐妹： 姓名 年龄/年级

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

父母/监护人姓名： 联系方式 #

\_\_\_\_\_

医生姓名： \_\_\_\_\_ 电话# \_\_\_\_\_

牙医姓名： \_\_\_\_\_ 电话# \_\_\_\_\_

家长签字： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

请在开学前将此表格交回给学校护士。 谢谢！