

اطلاعاتی در باره وضعیت تندرستی دانش آموز/
اعلام از طرف سرپرست به بهداری مدرسه

نام مدرسه:

از شما تقاضا میشود که جهت معاینات و تحقیقات مربوط به شروع مدرسه رفتن کودکان، این فرم را تکمیل نموده و هر چه سریعتر که ممکن باشد به مقامات بهداری مدرسه عودت دهید.

کد هویت	نام خانوادگی و نام اول	۱ دانش آموز
شماره تلفن خانه	نشانی خانه	
شغل و شماره تلفن خانه		۲ والدین یا سرپرستانی که دانش آموز در نزد آنها زندگی میکند
اشتغال به کار مزد بگیری در خارج خانه		زبان مادری
<input type="checkbox"/> روزکار <input type="checkbox"/> کار شیفیتی <input type="checkbox"/> عصر کار <input type="checkbox"/> شب کار <input type="checkbox"/> چقدر در سفر		<input type="checkbox"/> فنلاندی <input type="checkbox"/> سوئدی <input type="checkbox"/> دیگر
نسبت فامیلی یا تربیتی و سرپرستی با دانش آموز		
<input type="checkbox"/> مادر <input type="checkbox"/> پدر <input type="checkbox"/> جد <input type="checkbox"/> عهده دار تربیت و سرپرستی <input type="checkbox"/> دیگر، چه؟		
مدرسه / مرکز مشاورات بهداشتی	وضعیت تندرستی	۳ خواهرها و برادران دانش آموز
		۴ وضعیت تندرستی حال حاضر دانش آموز
		<input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> رضایتبخش <input type="checkbox"/> بد
		۵ چه بیماریهایی را دانش آموز در حال حاضر دارد
		۶ دارو درمانی ادامه دار یا تکراری دانش آموز
		نام دارو
نام ماده		۷ فوق حساس بودنهای دانش آموز
		ماده غذایی
		ماده دارویی
		دیگر ماده
<input type="checkbox"/> تنشجها <input type="checkbox"/> آگزما <input type="checkbox"/> ورم لوزه <input type="checkbox"/> کبپ شذگی دماغ <input type="checkbox"/> آبریزش دماغ <input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> دل درد <input type="checkbox"/> درد قد کشیدن <input type="checkbox"/> بی اشتھائی <input type="checkbox"/> بیبوست <input type="checkbox"/> خستگی		۸ عوارض تکراری بروز کننده در دانش آموز
		<input type="checkbox"/> دیگر، چه عارضه ای:
بیماریهای دراز مدت قابل توجه، سانه ها، عمل های جراحی، معلولیت ها یا آسیب دیدگیها		۹ دانش آموز

		بیماریها و ناهنجاریها
<input type="checkbox"/> عیب بینائی <input type="checkbox"/> عینک دارد <input type="checkbox"/> بدلیل عیب بینائی معالجه و مداوا شده، در کجا؟		۱۰ بینائی و شنوائی دانش آموز
<input type="checkbox"/> عیب شنوائی <input type="checkbox"/> سمعک دارد <input type="checkbox"/> بدلیل عیب شنوائی معالجه و مداوا شده، در کجا؟		
<input type="checkbox"/> عیب گفتاری، چه عیبی؟	<input type="checkbox"/> بدلیل عیب گفتاری معالجه و مداوا شده، در کجا؟	
<input type="checkbox"/> خیس کردن در روز <input type="checkbox"/> خیس کردن در شب <input type="checkbox"/> لک کردن شلوار <input type="checkbox"/> مشکلات سازگاری و تطابق <input type="checkbox"/> بیقراری و عدم آرامش <input type="checkbox"/> ترسویی <input type="checkbox"/> مبارزه طلبی یا بدخلقی <input type="checkbox"/> جویدن ناخن ها <input type="checkbox"/> پرش ماهیچه های صورت <input type="checkbox"/> به آسانی زیر گریه زدن <input type="checkbox"/> مشکلات مربوط به خواب رفتن <input type="checkbox"/> حالات بیقراری و نا آرامی در خواب <input type="checkbox"/> دندان قروچه		۱۱ دیگر گروه عوارض و علامت ظاهر شونده در دانش آموز
تحت درمان میباشد / درمان شده است. در کجا؟		
نام مراقبت کننده / نام محل مراقبت		۱۲ محل مراقبت روزانه ای که شاگرد قبل از آمدن به مدرسه در آنجا بوده است
<input type="checkbox"/> مراقبت کننده در خانه <input type="checkbox"/> مراقبت روزانه در خانه فامیلی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> متعلق به شهرداری <input type="checkbox"/> مهد کودک <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> متعلق به شهرداری <input type="checkbox"/> پرورشگاه (خانه اطفال) <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> متعلق به شهرداری		
نام مراقبت کننده / نام محل مراقبت		۱۳ مراقبت از دانش آموز در زمانهای خارج از اوقات مدرسه
چه کسی در زمانهای غیر از اوقات مدرسه بعد از آنکه کودک مدرسه رفتن خود را آغاز میکند از او مراقبت میکند		
نام و نشانی آن مرکز مشاورات بهداشتی که آخرین مراجعه کودک در آنجا بوده است		۱۴ مرکز مشاورات بهداشتی که دانش آموز در آنجا مراجعه داشته است
آیا بر اساس جهانی بینی و عقاید شما مسائل و موضوعاتی وجود دارند که میخواهید در مدرسه و در امور خدمات درمانی و بهداشتی کودک شما به آنها توجه گردد؟	آیا پزشک یا پرستار مدرسه مجاز میباشند که طبق ملاحظه و صلاحدید خود آنگونه از مشکلات مربوط به تندرستی کودک شما را که امکان دارد در درس و مدرسه کودک تأثیر بگذارند را در اختیار معلم او قرار بدهند؟	آیا اجازه میدهید که واکسنهای مورد نیاز از قبیل واکسنهای اولیه و توأم به کودک شما تزریق شود؟
<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه
مثلا در باره وضعیت تندرستی دانش آموز، سفر رفت و آمد به مدرسه، وسیله نقلیه مربوط به آمد و شد، وضعیت تندرستی اعضای خانواده و غیره.		۱۶ اطلاعات بیشتر در باره دانش آموز
آیا یک چیز و موضوع ویژه ای وجود دارد که میخواهید در رابطه با آن با پرستار مدرسه مذاکره نمائید؟		۱۷
<input type="checkbox"/> آری، چه چیزی : <input type="checkbox"/> نه		
نام کامل و امضای سرپرست		۱۸ محل و تاریخ امضاء
شماره تلفن	نام	۱۹ پرستار مدرسه