



Thai – Chinese International School

โรงเรียนนานาชาติ ไทย-จีน

泰國中華國際學校

ใบบันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียน

ชื่อ: _____

นามสกุล

ชื่อจริง

ชื่อเล่น

วันเกิด: _____ สัญชาติ _____ เพศ ชาย _____ หญิง _____

ชื่อบิดา: _____

นามสกุล

ชื่อจริง

ชื่อกลาง

ชื่อมารดา: _____

นามสกุล

ชื่อจริง

ชื่อกลาง

เบอร์โทรศัพท์ (บ้าน) : _____ กรณีฉุกเฉินติดต่อ : _____

เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ) บิดา : _____ มารดา : _____

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน บิดา : _____ มารดา : _____

โปรดกรอกรายละเอียดประวัติการเจ็บป่วยของบุตรหลานดังต่อไปนี้

_____ อีสุกอีใส วันที่ _____ _____ หัดเยอรมัน _____ คางทูม

_____ ไอกรน _____ วันโรค _____ โปลิโอ

_____ ปอดบวม _____ อื่นๆ โปรดระบุ: _____

ประวัติปัญหาสุขภาพ

_____ ภูมิแพ้ โปรดระบุ _____ _____ หอบหืด _____ เบาหวาน

_____ ปวดศีรษะเป็นประจำ _____ ลมชัก _____ ปัญหาทางการได้ยิน

_____ โรตไต/ระบบปัสสาวะ _____ ปัญหาทางการพูด _____ ความผิดปกติทางพฤติกรรม

_____ โรคเลือดขาดเอนไซม์ G6 PD _____ ปวดประจำเดือน _____ อื่นๆ โปรดระบุ _____

บุตรหลานของท่านมีความจำเป็นต้องจำกัดกิจกรรมต่างๆเนื่องจากปัญหาทางสุขภาพหรือไม่

_____ มี โปรดระบุ: _____ _____ ไม่มี

บุตรหลานของท่านต้องทานยาตามคำสั่งแพทย์เป็นประจำหรือไม่

_____ ต้อง โปรดระบุ: _____ _____ ไม่ต้อง

ข้าพเจ้านุญาตให้บุตรหลานของข้าพเจ้าได้รับการรักษาชั่วคราว การให้ยาเบื้องต้น รวมทั้งการให้ใช้ยาพาราเซตามอล

_____ ได้ โปรดระบุ: _____ _____ ไม่ได้

ข้าพเจ้านุญาตให้บุคคลที่ทางโรงเรียนมอบหมายเป็นผู้ดูแลบุตรหลานของข้าพเจ้า รวมถึงการนำส่งโรงพยาบาลได้ในกรณีฉุกเฉิน หากข้าพเจ้ายังไม่สามารถเดินทางมาได้เองในเวลานั้น

_____ อนุญาต _____ ไม่อนุญาต ; หากไม่อนุญาต โปรดระบุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริง และถูกต้องทุกประการ

ลงชื่อผู้ปกครอง: _____ วันที่ _____

หมายเหตุ

- ผู้ปกครองต้องให้ความร่วมมือในการแจ้งรายละเอียดความเป็นไปของเด็กตามความเป็นจริง เพื่อความปลอดภัยของนักเรียนทุกคน
- หากนักเรียนคนที่ป่วย และเป็นโรคที่สามารถติดต่อไปยังบุคคลอื่นได้ กรุณาแจ้งให้พยาบาลประจำโรงเรียนทราบ และส่งใบรับรองแพทย์ให้พยาบาลประจำโรงเรียนในวันแรกที่กลับมาโรงเรียน
- พยาบาลจะแจ้งให้ผู้ปกครองทราบในกรณีที่บุตรหลานของท่านป่วย
- ถ้าบุตรหลานของท่านจำเป็นต้องทานยาให้นายยามาฝากที่ห้องพยาบาล พยาบาลประจำโรงเรียนจะเป็นผู้จัด และแจกยาให้บุตรหลานของท่านเอง



Thai – Chinese International School

โรงเรียนนานาชาติ ไทย-จีน

泰國中華國際學校

Student Health Record

Name: _____ Nationality 國籍: _____

Surname 學生姓

First Name 名

Nick Name 別名

Student's Particular 性別: Male 男 Female 女 Date of Birth 出生日期: _____

Day 日/Month 月/Year 年

Father's name 父親姓名: _____

姓 Surname

名 First Name

Middle Name

Mother's name 母親姓名: _____

姓 Surname

名 First Name

Middle Name

Home Tel. 家電話: _____ Emergency Tel. 緊急聯絡電話: _____

Mobile Tel. 手提電話: Father 父 _____ Mother 母 _____

Office Tel. 公司電話: Father 父 _____ Mother 母 _____

Please check if your child has had any of the following: 如果曾有以下的病歷請打勾並寫下日期:

Illness 病症;

Chicken Pox 水痘: Date: 日期 _____

Mumps 腮腺炎

Whooping Cough 百日咳

Tuberculosis 結核病

German measles (Rubella) 德國麻疹

Poliomyelitis 小兒癱瘓症

Others 其他: Please specify 請列出 _____

Pneumonia 肺炎

Health Problem 健康問題:

Allergies 過敏: Please specify 請列出 _____

Asthma 氣喘

Kidney / Urinary Infection 腎泌尿道感染

G. 6 PD

Convulsions / Epilepsy 癲癇症

Diabetes 糖尿病

Heart Trouble 心臟問題: Please specify 請列出 _____

Menstrual Problems 月經問題

Speech Difficulty 語言障礙

Frequent headache 經常性頭痛

Other 其他: Please specify 請列出 _____

Behavior Problems 行為異常

Heart Trouble 心臟問題: Please specify 請列出 _____

Hearing Difficulty 聽力障礙

Is there any reason for the child to have restricted physical activity? 是否基於某些因素,需要限制貴子弟的體能課

Yes 是: If Yes, please specify 如果「是」請詳答: _____ No 否

Is the child under medical care or routinely taking medication prescribed by the doctor? 貴子弟是否在醫生指示下服藥或就診

Yes 是: If Yes, please specify 如果「是」請詳答: _____ No 否

I give permission for my child to be given temporary medicine including Paracetamol. 我同意校方可以給孩子一些暫時性的藥(如退燒)

Yes 是: If No, please specify 如果「否」請詳答: _____ No 否

I give permission for Thai-Chinese International School authorities to sign on my behalf should my child need emergency treatment at the hospital and I can't be reached in time. 我同意校方在我無法及時抵達時簽署同意醫院給予我的小孩緊急醫療

Yes 是: If No, please specify 如果「否」請詳答: _____ No 否

I certify that all information given on this record is complete and correct 我保證以上給的資料沒有錯誤或不齊全

Parent's Signature 家長簽名: _____ Date 日期: _____

Please note:

- Parents are responsible to inform the school about all facts important to health and safety of all students.
- Any students who has been absent with a communicable disease must inform the school nurse, and on the first day returning to school, please
- The school nurse must be informed about changes concerning the health of students in writing.
- Medication must be kept in the Nurse's room and be administered by the school nurse.