

បំពេញទាំងសងខាង

សាលារៀនសាធារណៈ: LYNN

ID: _____

ទម្រង់សង្គ្រោះបន្ទាន់/សុខភាព

ឆ្នាំសិក្សា 2017/2018

សាលា: _____ ថ្នាក់ទី/បន្ទប់ថ្នាក់: _____ រោងជាង: (បើអាច) _____

ព័ត៌មានទូទៅ

សិស្ស: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____

នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាល

ទីកន្លែងកំណើត: _____

អាសយដ្ឋាន: _____ ទូរសព្ទនៅផ្ទះ#: _____

លេខផ្លូវ អាចាតីម៉ង់ ទីក្រុង ហ្សឺបកូដ/រដ្ឋ

ប្រុស ស្រី ភាសាប្រើនៅផ្ទះ: _____ សង្កាត់រដ្ឋ(State Ward) : បាទ/ចាស ទេ

មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល

ឈ្មោះ: _____

នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាល

ទូរសព្ទក្នុងផ្ទះ#: _____

ទូរសព្ទកន្លែងការងារ#: _____

ទូរសព្ទដៃ#: _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល: _____

អាសយដ្ឋាន បើខុសពីសិស្ស: _____

មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល

ឈ្មោះ: _____

នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាល

ទូរសព្ទក្នុងផ្ទះ#: _____

ទូរសព្ទកន្លែងការងារ#: _____

ទូរសព្ទដៃ#: _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល: _____

អាសយដ្ឋាន បើខុសពីសិស្ស: _____

បងប្អូនរបស់សិស្ស

ឈ្មោះ: _____ សាលា: _____

ឈ្មោះ: _____ សាលា: _____

បើលោកអ្នកមិនទំនេរទេ លេខទំនាក់ទំនងគ្រាអាសន្ន/ការអនុញ្ញាតឲ្យទទួលយកចេញពីសាលា(ត្រូវតែមានអាយុ18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង)

ឈ្មោះ: _____ ទំនាក់ទំនង: _____ ទូរសព្ទទំនាក់ទំនងពេលថ្ងៃ#: _____

ឈ្មោះ: _____ ទំនាក់ទំនង: _____ ទូរសព្ទទំនាក់ទំនងពេលថ្ងៃ#: _____

កូនរបស់ខ្ញុំមិនអាចឲ្យទទួលយកចេញពីសាលាដោយ:

*លិខិតហាមឃាត់មានសុពលភាព

ឈ្មោះ: _____ ទំនាក់ទំនង: _____ បាទ/ចាស ទេ

ឈ្មោះ: _____ ទំនាក់ទំនង: _____ បាទ/ចាស ទេ

(បើ បាទ/ចាស ត្រូវភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃបទបញ្ជា)

***ហត្ថលេខាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល: _____

សូមត្រឡប់និងបំពេញផ្នែកម្ខាងទៀត

ឈ្មោះសិស្ស: _____

ប្រវត្តិសុខភាព

បំពេញទាំងសងខាង

តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ?

ឯកជន សាធារណៈ (ឧទា. MA Health, Children's Medical Security) មិនមានធានារ៉ាប់រង

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង: _____ ក្រុម/គោលការណ៍ #: _____

(សូមទាក់ទងគ្រូពេទ្យប្រចាំសាលារៀន ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាព)

ព័ត៌មានសុខភាព

សូមគូសផែប្រអប់ទាំងអស់ដែលសមស្របនឹងកូនរបស់អ្នក។ សូមទាក់ទងគ្រូពេទ្យប្រចាំសាលារៀនដើម្បីសុំព័ត៌មានសុខភាពសម្ងាត់បន្ថែម។

អាឡាក់ស៊ី (អាហារ សត្វល្អិត ឱសថ បរិស្ថាន) _____ Epi-Pen? បាទ/ចាស ទេ

ជំងឺហឺត ជំងឺ ADD/ADHD ជំងឺអូទីស៊ីម បញ្ហាហូរឈាម/ស្ទះឈាម ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត

ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ប្រភេទ I ប្រភេទ II ជំងឺ/បញ្ហាបេះដូង ជំងឺតម្រងនោម

ផ្សេងៗ _____

ប្រវត្តិនៃការប៉ះទង្គិចខ្លាំងដោយមានកាលបរិច្ឆេទ _____

ការប្រកាច់/សន្លប់ (កាលបរិច្ឆេទសន្លប់ចុងក្រោយ): _____ ប្រភេទជំងឺសន្លប់: _____

ការវះកាត់ប្រពងរបូសធូន (កាលបរិច្ឆេទ) _____

បរិក្ខារ វេជ្ជសាស្ត្រពិសេស ដែលតម្រូវ _____

បញ្ហាគំហើញ (ចូរបញ្ជាក់) _____ ពាក់វ៉ែនតា? បាទ/ចាស ទេ ពាក់កែវភ្នែក? បាទ/ចាស ទេ

បញ្ហាការស្តាប់ (ចូរបញ្ជាក់) _____ ត្រចៀកធ្វេង ត្រចៀកស្តាំ ឧបករណ៍ជំនួយ? បាទ/ចាស ទេ

កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យរាងកាយចុងក្រោយ: _____ ការដាក់កំណត់(តម្រូវឲ្យមានកំណត់ត្រាពីបណ្ឌិត): _____

(ច្បាប់ចម្លង/ភ័ស្តុតាងរបស់គ្រូពេទ្យតម្រូវឲ្យមានមុនចូលរៀន និងស្ថិតក្នុងថ្នាក់ទី 4 7 និង 10។ សូមផ្ញើទៅកាន់គ្រូពេទ្យប្រចាំសាលា។)

ការប្រើឱសថ បច្ចុប្បន្នកូនរបស់លោកអ្នកកំពុងប្រើឱសថ:

នៅផ្ទះ: _____ នៅសាលា: _____

វេជ្ជបណ្ឌិត/គ្រូពេទ្យរបស់សិស្ស	អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំមាត់ធ្មេញ
ឈ្មោះ: _____	ឈ្មោះ: _____

សូមបំពេញឲ្យអស់: ការអនុញ្ញាតរបស់មាតាបិតា

- បាទ/ចាស ទេ 1. ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់គ្រូពេទ្យប្រចាំសាលារៀនលាតត្រដាងពីព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រសមហេតុផលដោយផ្អែកលើការវាយតម្លៃនិងការវិនិច្ឆ័យរបស់គាត់ចំពោះបុគ្គលិកសាលាដែលពាក់ព័ន្ធផ្ទាល់ជាមួយនឹងសុវត្ថិភាពនិងការថែទាំកូនរបស់ខ្ញុំ។
- បាទ/ចាស ទេ 2. ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់គ្រូពេទ្យប្រចាំសាលារៀនប្រើប្រាស់ ឱសថ Tylenol ដល់កូនរបស់ខ្ញុំ។
- បាទ/ចាស ទេ 3. ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់គ្រូពេទ្យប្រចាំសាលារៀនប្រើប្រាស់ឱសថ Ibuprofen ដល់កូនរបស់ខ្ញុំ។
- បាទ/ចាស ទេ 4. ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យគ្រូពេទ្យប្រចាំសាលារៀនលាបថ្នាំ Calamine ដល់កូនរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការមាស់ស្បែកតិចតួច។
- បាទ/ចាស ទេ 5. ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យគេនាំកូនរបស់ខ្ញុំទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យ ហើយទទួលការព្យាបាលសុខភាព ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចទៅកាន់កន្លែងសង្គ្រោះបន្ទាន់បាន។
- បាទ/ចាស ទេ 6. ប្រវត្តិសុខភាពនេះមានភាពត្រឹមត្រូវតាមដែលខ្ញុំដឹង ហើយកូនរបស់ខ្ញុំមានការអនុញ្ញាតក្នុងការចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទាំងអស់ លើកលែងតែខ្ញុំបានបញ្ជាក់។

***ហត្ថលេខាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល _____ កាលបរិច្ឆេទ _____