



**ОТЧЕТ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНОВ**

Дата \_\_\_\_\_ Школа \_\_\_\_\_ Ступени \_\_\_\_\_ Номер комнаты \_\_\_\_\_  
Студент \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Время в: \_\_\_\_\_ Время ожидания: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Головная боль	<input type="checkbox"/> Глаза	<input type="checkbox"/> Горло	<input type="checkbox"/> Нос
<input type="checkbox"/> Болит живот	<input type="checkbox"/> Зубы	<input type="checkbox"/> Кашель	<input type="checkbox"/> Чистота
<input type="checkbox"/> Рвота	<input type="checkbox"/> Болит ухо	<input type="checkbox"/> Кожа	<input type="checkbox"/> Другие

Температура \_\_\_\_\_ Пульс \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ Кровяное давление \_\_\_\_\_

**Комментарий:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Рекомендации:**

- Поставщика студента первичной медицинской помощи (доктор) для дальнейшей оценки
- Школа медсестра, должно обеспечить возвращение в школу заявление от поставщика первичной медицинской помощи (доктор)
- Смотреть студента и поставщика первичной медицинской помощи, при необходимости

**Решение по делу:**

- Студент, вернулся в классной комнате
- Студент, освобождении от школы с родителем/опекуном; родитель, уведомления на \_\_\_\_\_ AM или PM; Левая школе \_\_\_\_\_ AM или PM
- Студент, перевезены в \_\_\_\_\_ неотложной помощи в \_\_\_\_\_

Школьные медсестры \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_  
ПОДПИСЬ

=====  
Дата, по мнению основного поставщика \_\_\_\_\_ Дата возвращения в школу \_\_\_\_\_

Комментарии поставщика первичной медицинской помощи: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подписи поставщика первичной медицинской помощи \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_