



BÁO CÁO CHO PHỤ HUYNH / NGƯỜI GIÁM HỘ

ngày _____ trường _____ Lớp _____ phòng # _____
sinh viên _____ Ngày sinh _____ Thời gian ở: _____ Thời gian ra: _____

<input type="checkbox"/> Nhức đầu	<input type="checkbox"/> Eyes	<input type="checkbox"/> cổ	<input type="checkbox"/> Mũi
<input type="checkbox"/> dạ dày đau	<input type="checkbox"/> răng	<input type="checkbox"/> Ho	<input type="checkbox"/> Sạch sẽ
<input type="checkbox"/> Ói mửa	<input type="checkbox"/> đau tai	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> khác

T _____ P _____ R _____ BP _____

Cảm nhận: _____

Các khuyến nghị:

- Liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của học sinh (bác sĩ) để đánh giá thêm
- Phải cung cấp trở lại trường học tuyên bố từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu (bác sĩ) để y tá của trường
- Thêm sinh viên và liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cần thiết

xử lý:

- học sinh trở lại lớp học
- sinh viên miễn trường với cha mẹ / người giám hộ, cha mẹ được thông báo tại _____ AM hay PM, bỏ học tại _____ AM hoặc PM
- Sinh viên vận chuyển đến _____ phòng cấp cứu theo _____

trường Y tá _____ Điện thoại _____
CHỮ KÝ

=====
Ngày nhìn thấy bởi nhà cung cấp Tiểu học _____ Ngày trở lại trường học _____

Bình luận Nhà cung cấp chăm sóc tiểu học: _____

Chữ ký của nhà cung cấp Chăm Sóc Chính _____ Điện thoại _____