



မြောက်ကယ်လိုရိုင်းနား ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်စိစစ်မှု တစ်ဆင့်ပေးပို့သည့် ဖောင်ပုံစံ

ဤတွင်ဖော်ပြပါကျောင်းသားအမည်ဖြင့်ကျောင်းတက်ရောက်နေသည့် ကျောင်းသားမှ ဤဖောင်နှင့်ညှိဖောင်တွင်ပါရှိသည့်အချက်အလက်ကို ကျောင်းရှိနိုင်သည့် လိန်းယမ်းထားရှိရမည်ဖြစ်ပြီး အများစုမှာသို့ရရှိမရှိကို လျှို့ဝှက်ထားရမည်။
(North Carolina Department of Public Instruction and Department of Health and Human Services မှအတည်ပြုပေးထားသည်)

မိဘများမှဤကဏ္ဍကိုဖြည့်စွက်ရန်

ကျောင်းသားအမည် -

(မျိုးရိုးအမည်)

(ပထမအမည်)

(အလယ်အမည်)

မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ ရက်/ခုနှစ်) -

ကျောင်းအမည် -

နေရပ် အိမ်လိပ်စာ -

မြို့ -

ပြည်နယ် -

ကောင်တီ -

မိဘ အချက်အလက်- မိဘအမည်၊ အုပ်စုစိစစ်မှုသူတို့မဟုတ် လိုက်ပါရန်တစ်ဆင့်ရှိသည့်ပုဂ္ဂိုလ်

တယ်လီဖုန်း(များ)

အိမ် -

အလုပ် -

ဆက်ဖုန်း -

ခွင့်ပြုချက်ရရှိထားသည့် ပုဂ္ဂိုလ်များထံဝေမျှရမည့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ (ကျောင်း စီမံအုပ်ချုပ်ရေးမှူးများ၊ ဆရာများ၊ တာဝန်ပေးအပ်ထားသည့် အလုပ်ကိုဆောင်ရွက်ရန် အဆိုပါအချက်အလက်ကိုလိုအပ်သည့် အခြားကျောင်းဝန်ထမ်းများ)

HEALTH CARE PROVIDER TO COMPLETE THIS SECTION

Medications prescribed for student:

Student's allergies, type, and response required:

Special diet instructions:

Health-related recommendations to enhance the student's school performance:

Vision screening information:

Passed vision screening: Yes No

Concerns related to student's vision:





Hearing screening information:

Passed hearing screening: Yes No

Concerns related to student's hearing:

Recommendations, concerns, or needs related to student's health and required school follow-up:

School follow-up needed: Yes No

Medical Provider Comments:

Please attach other applicable school health forms:

- Immunization record attached:
- School medication authorization form attached:
- Diabetes care plan attached:
- Asthma action plan attached:
- Health care plans for other conditions attached:

Health Care Professional's Certification

I certify that I performed, on the student named above, a health assessment in accordance with G.S. 130A-440(b) that included a medical history and physical examination with screening for vision and hearing, and if appropriate, testing for anemia and tuberculosis. I certify that the information on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.

Name:

Title:

Signature: _____

Date (m/d/yyyy):
Date of Exam (if Different):

Practice/Clinic Name:

Practice/Clinic Address:

Practice/Clinic City:

State:

Zip:

Phone:

Fax:

Provider Stamp Here:

