



學生記錄卡6

Maryland State Department of Education
Maryland Department of Health (MDH)
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)
Rockville, Maryland

MCPS表格SR-6
2019年2月
第1頁, 共4頁

馬里蘭學校體檢記錄:

致家長或監護人:

您的孩子在第一次進入馬里蘭州公立學校時**必須**滿足以下條件:

- **在進入公立學校系統前9個月內或進入學校系統後6月內必須接受一次由經過認可的醫務人員進行的體檢。**必須使用馬里蘭州教育廳和馬里蘭州健康和心理衛生廳指定的體檢表才能滿足這項要求。
- **學前班至12年級的所有學生必須出具預防某些兒童傳染病的所有基本疫苗接種證明。**新生可以向當地的健康和大眾服務部或向學校工作人員索取馬里蘭州疫苗接種證明。在孩子上學前必須填妥這份表格並接種所有規定的疫苗。(表格MDH 896)。
- **在特定高風險地區居住或享受Medicaid的所有學生在首次進入幼前班、幼稚園和1年級時必須提交血鉛檢測證明。**應當使用馬里蘭州健康和心理衛生廳血鉛檢測證明(DHMH 4620)(或由經過認可的醫務人員簽名的其它書面文件)才能滿足這項要求。

如果接種疫苗違反學生或其家庭的宗教信仰, 可以豁免這項要求, 但是家長/監護人必須在DHMH表格896上簽名。如果經過認可的醫務人員證明, 學生由於醫療原因不能接種疫苗, 則也可以豁免對學生的疫苗接種要求。如果血鉛檢測違反學生家庭的宗教信仰和傳統, 則可以豁免對學生的這項要求。血鉛檢測證明必須由經過認可的醫務人員簽名, 並註明已經進行過問卷調查。

只有對您孩子有合法教育權益的保健和教育人士才能查看這份表格中的健康資料。

爲了幫助孩子從教育中獲得最大收益, 請填妥這份體檢表的第一部分。第二部分必須由經過認可的醫務人員填寫, 或隨這份表格附上一份孩子的體檢報告。如果您的孩子需要在學校服藥或接受治療, 您必須請經過認可的醫務人員填寫每一種藥物和/或治療的服藥和/或治療表格。這些表格可以向孩子所在學校索取或從蒙郡公立學校(MCPS)的網站下載:www.montgomeryschoolsmd.org, [MCPS表格525-12](#), [提供醫藥處方治療授權書, 免責和免償協議](#)、[MCPS表格525-13](#), [服用處方藥授權書, 免責和免償協議](#)、[MCPS表格525-14](#), [對被診斷患有嚴重過敏的學生的緊急護理](#), [腎上腺素自動注射針的免責和免償協議](#)。如果您無法獲得經過認可的醫務人員的服務、或者如果您的孩子需要特殊的個別保健程序, 請與孩子學校的校長和/或護士聯繫。

請儘快填妥這份體檢表並交回給孩子的學校。

| | | | | | |
|---|--|------------------|------|----------|----|
| 第一部分 健康評估 | | 由家長/監護人填寫 | | MCPS ID# | |
| 學生姓名(姓、名、中間名) | | 出生日期 (月、日、年) | 學校名稱 | | 年級 |
| 住址(門牌號、街道、城市、州、郵政編碼) | | | | 電話號碼 | |
| 家長/監護人姓名 | | | | | |
| 您通常帶孩子去哪裡接受常規治療? 姓名: _____ 地址: _____ | | | | 電話號碼 | |
| 您孩子上一次接受體檢是什麼時候? _____ 月 _____ 年 | | | | | |
| 您孩子上一次接受牙齒檢查是什麼時候? _____ 月 _____ 年 | | | | | |
| 您通常帶孩子去哪裡接受牙科護理? 姓名: _____ 地址: _____ | | | | 電話號碼 | |

| 學生健康評估 | | | |
|--|---|---|----|
| 據您所知, 您的孩子是否有以下方面的問題? 請在下面勾選"是"或"否"。 | | | |
| | 是 | 否 | 說明 |
| 過敏症或嚴重的過敏反應 | | | |
| 過敏(食物、昆蟲、藥物、乳膠) | | | |
| 過敏(季節性) | | | |
| 哮喘或呼吸問題 | | | |
| 行為或情緒問題 | | | |
| 先天畸形 | | | |
| 流血問題 | | | |
| 腦癱 | | | |
| 牙科問題 | | | |
| 糖尿病 | | | |
| 耳朵問題或耳聾 | | | |
| 飲食問題 | | | |
| 眼睛或視力問題 | | | |
| 頭部受傷 | | | |
| 心臟問題 | | | |
| 住院(時間、地點、原因) | | | |
| 鉛中毒/接觸鉛 | | | |
| 學習障礙/殘疾 | | | |
| 身體活動受到限制 | | | |
| 腦膜炎 | | | |
| 早產 | | | |
| 膀胱問題 | | | |
| 腸道問題 | | | |
| 咳嗽問題 | | | |
| 癲癇 | | | |
| 鎌狀細胞病 | | | |
| 言語障礙 | | | |
| 手術 | | | |
| 其它 | | | |
| 您的孩子是否服用任何藥物? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 如果是, 請列出藥物名稱: _____ | | | |
| 您的孩子是否需要在學校服藥? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 如果是, 請列出藥物名稱: _____ | | | |
| 您的孩子是否需要在學校服用急救藥物(腎上腺素自動注射針、吸入器、血糖素、Diastat、噴霧給藥等)? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 如果是, 請列出藥物名稱 _____ | | | |
| 您的孩子是否需要在學校接受特殊治療(胃造口餵食、導管術等)? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 如果是, 請列出特殊治療 _____ | | | |
| 家長/監護人簽名 | | | 日期 |

| | | | |
|---|------------------------------|----------------|-------|
| PART II SCHOOL HEALTH ASSESSMENT To be completed ONLY by authorized health care provider | | MCPS ID# | |
| Student's Name (Last, First, Middle) | Birthdate (Mo., Day, Yr.) | Name of School | Grade |
| 1. Does the child have a diagnosed medical condition? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____ | | | |
| 2. Does the child have a health condition which may require EMERGENCY ACTION while at school? (e.g., seizure, severe allergic reaction/anaphylaxis to food or insect sting, asthma, bleeding problem, diabetes, heart problem, or other problem) If yes, please DESCRIBE. Additionally, please work with the school nurse to develop an emergency plan. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____ | | | |
| 3. Are there any abnormal findings on evaluation for concern? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____ | | | |

| EVALUATION FINDINGS/CONCERNS | | | | | | |
|------------------------------|-----|------|-----------------|---------------------------------|-----|----|
| PHYSICAL EXAM | WNL | ABNL | Area of Concern | HEALTH AREA OF CONCERN | Yes | No |
| Head | | | | Attention Deficit/Hyperactivity | | |
| Eyes | | | | Behavior/Adjustment | | |
| ENT | | | | Development | | |
| Dental | | | | Hearing | | |
| Respiratory | | | | Immunodeficiency | | |
| Cardiac | | | | Lead Exposure/Elevated Lead | | |
| GI | | | | Learning Disabilities/Problems | | |
| GU | | | | Mobility | | |
| Musculoskeletal/Orthopedic | | | | Nutrition | | |
| Neurological | | | | Physical Illness/Impairment | | |
| Skin | | | | Psychosocial | | |
| Endocrine | | | | Speech/Language | | |
| Psychosocial | | | | Vision | | |
| | | | | Other | | |

REMARKS: (Please explain any abnormal findings/health concerns.)

4. **RECORD OF IMMUNIZATIONS:** MDH 896 is required to be completed and attached by an authorized health care provider **or** a computer generated immunization record must be provided.

5. Is the child on medication? If yes, indicate medication and diagnosis. No Yes

(MCPS Form 525-13, Authorization to Administer Prescribed Medication, Release and Indemnification Agreement and/or MCPS Form 525-14, Emergency Care for the Management of a Student with a Diagnosis of Anaphylaxis, Release and Indemnification Agreement for Epinephrine Auto Injector, must be completed for medication administration in school).

6. Will the child require medically provided treatments, such as urinary catheterization, tracheostomy, gastrostomy feedings, and oral suctioning? No Yes If yes, MCPS Form 525-12, Authorization to Provide Medically Prescribed Treatment, Release and Indemnification Agreement, must be completed.

7. Should there be any restriction of physical activity in school? If yes, specify nature and duration of restriction. No Yes
MCPS Form 345-22 may be completed.

| 8. Screenings | Results/Date Taken | Comments |
|---|--------------------|----------|
| Tuberculin Test (PPD, QFT, Questionnaire) | | |
| Blood Pressure/Heart Rate | | |
| Height | | |
| Weight | | |
| BMI %tile | | |
| Blood Lead Testing (DHMH 4620) | | |
| Hemoglobin/Hematocrit | | |

PART II SCHOOL HEALTH ASSESSMENT (continued)
To be completed ONLY by authorized health care provider

(Student Name) _____ has had a complete physical examination and has:

No evident problem that may affect learning or full school participation Problems noted above

Additional Comments:

| | | | |
|---|-----------|---|------|
| Name of Authorized Health Care Provider (Type or Print) | Phone No. | Authorized Health Care Provider Signature | Date |
|---|-----------|---|------|