

**尊敬的家长:**欢迎您的孩子就读我校,为了您的孩子身体健康成长,学校将对**学生入学时的身体健康、预防接种情况进行登记**,请认真填写下列项目

学生姓名:	性别:	出生年月:	年段班级:
现住址:		家长电话:	

## 健康体检须知

一、新生入学时:1、必须交近期(3个月内)县级或二级以上医院体检表(幼儿园新生交厦门市、区妇幼保健院体检表)。项目:一般体检(内、外、皮肤科)、生化检验肝功能,胸透(初二及以上),项目齐全方可入学;2、幼儿园和小学一年级另外交儿童预防接种证复印件;3、需交原学校的年度体检表(一年级、初一、高一除外)。  
二、新生入学时请家长如实填写学生健康情况登记表,不符合者学校不宜接收。

## 学生健康情况登记表

请在下列项目(是、否)打√或填写

肺结核相关调查	1、咳嗽、咳痰持续2周以上(是、否); 2、反复咳出的痰中带血(是、否); 3、反复发热持续2周以上(是、否); 4、夜间经常出汗(是、否); 5、无法解释的体重明显下降(是、否); 6、经常容易疲劳或呼吸急促(是、否); 7、同住的家人中2年内是否有肺结核病人(是、否); 8、不同住但经常见面的亲戚朋友中2年内是否有肺结核病人(是、否)。
既往患病史	一: 1、先天性心脏病(是、否); 2、哮喘(是、否); 3、癫痫病(是、否); 4、精神疾病(是、否)。若确诊为上述疾病者,不适合参加全寄宿制学校学习,家长有意隐瞒病史者后果自负。 二: 1、伤残或做过何种手术_____。 2、过敏史_____。
预防接种史	是否有按国家计划免疫程序接种(是、否)  以下何种疫苗未接种:(卡介苗、乙肝、百白破、小儿麻痹糖丸、麻疹、麻腮风、流脑、乙脑、甲肝、百破)
英才医务室设内科和预防保健科目	您的孩子若在学校发生疾病,需要第一时间使用处方药(含个别可能引起过敏的药物)是否同意,请打√(同意 不同意)
备 注:	

注意:肺结核相关调查中的1-8项中如有任意一条选择为“是”者,请于开学前2周到相应社区卫生院进行结核菌素皮肤试验筛查。

厦门英才学校医务室

家长签名:

年 月 日