

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

新生入学时:一:幼儿园新生交厦门市、区妇幼保健院体检表、中小学新生交县级或二级以上医院体检表,除一年级、初一、高一以外新生还需交原学校的年度体检表。 体检项目:(一)一般体检:内科(血压、心、肝、肺、脾的基本检查)外科(身高、体重、皮肤、淋巴结、甲状腺、脊柱、四肢、关节的基本检查) 眼科(视力、辨色力) 耳鼻喉科(听力、鼻、咽、喉、扁桃体的基本检查)(二)血、生化检验:血常规、肝功能 (三)初二及以上年段需做胸正位片。二、幼儿园和小学一年级须交儿童预防接种证复印件。
 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。

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