

秀茂坪天主教小學

2017-2018 年度收集學生病歷以便處理有關學生的健康及安全事宜

各位家長：

本校為了能適切處理有關學生的健康及安全事宜，現向家長收集 貴子弟的個人資料。雖然提供個人資料與否純屬自願，但若您所提供的資料不足，如有意外發生時，本校便未能為醫務人員提供相關資料為 貴子弟提供所需協助。

敬請家長填寫下列資料，以便校方跟進。若有任何查詢，可致電本校 2348 4218 與黃珮儀主任聯絡。



校長 _____ 謹啟

主曆二零一七年九月一日

✗

限閱文件-所提供的資料只用作與本校學生保健及安全事宜

回 條 (由家長或監護人自願填寫)

N2017-002 (珮)

學生姓名：_____ 性別：_____ 班別：_____ 班號：_____

出生日期：_____ 家長/監護人姓名：_____

電話：(1)(聯絡人：_____) (2)(聯絡人：_____)

1. 如學生曾患下列疾病，請在適當的方格內加上「✓」記號及列出詳情：

| 疾病名稱 | 患病時年齡 | 疾病資料 | 發病時，醫生建議的處理方法 (如適用) |
|--|-------|------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 葡萄糖六磷酸去氫酵素缺乏症 | | | |
| <input type="checkbox"/> 哮喘 | | | |
| <input type="checkbox"/> 腦痲症 | | | |
| <input type="checkbox"/> 因高熱引致抽搐 | | | |
| <input type="checkbox"/> 腎病 | | | |
| <input type="checkbox"/> 心臟病 | | | |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | | | |
| <input type="checkbox"/> 聽覺不健全 | | | |
| <input type="checkbox"/> 血友病 | | | |
| <input type="checkbox"/> 貧血 | | | |
| <input type="checkbox"/> 其他血病 | | | |
| <input type="checkbox"/> 藥物敏感 | | | |
| <input type="checkbox"/> 疫苗敏感 | | | |
| <input type="checkbox"/> 食物敏感 | | | |
| <input type="checkbox"/> 其他敏感(請註明：_____) | | | |
| <input type="checkbox"/> 肺結核 | | | |
| <input type="checkbox"/> 曾進行小型手術 | | | |
| <input type="checkbox"/> 曾進行大型手術 | | | |
| <input type="checkbox"/> 其他 | | | |

2. 倘認為學生不宜上體育課，或參加其他類型的學校活動，請具體說明理由並提交醫生證明書。

3. 其他補充資料

家長/監護人姓名：_____

家長/監護人簽署：_____

日期：_____

索閱個人資料：根據《個人資料(私隱)條例》，你有權要求索閱和修訂你所提供的資料。如有需要，請與學校聯絡。