**Tờ khai tình trạng sức khỏe**

Mẫu đơn này dùng để khai các thông tin sức khỏe, bệnh sử của bạn. Đây là mẫu đơn cho giáo viên và nhân viên biết trước tình trạng sức khỏe của bạn, vì vậy vui lòng điền các thông tin một cách cụ thể, chi tiết. Xin lưu ý rằng việc cấp phát thuốc, chăm sóc y tế không thể thực hiện tại trường.

Ngoài ra, hãy yên tâm vì các thông tin trong tờ khai sẽ được giữ bí mật.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Tình trạng sức khỏe hiện tại của bạn như thế nào? Vui lòng chọn mục phù hợp nhất. | | | Rất tốt  Bình thường  Không tốt　　 Cấu | |
| 1. Hiện tại bạn có đang trong quá trình trị liệu cho bất kì vấn đề sức khỏe nào không? | | | Không  Có | Từ　　　　　　Năm 　　　　Tháng  Tên bệnh（　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　） |
| 1. Bạn có đang dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ không? Trong vòng 1 năm trở lại đây, bạn có dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ không? | | | Không  Có | Thời gian kê đơn　　　 　　　Năm　　　 　Tháng  Loại thuốc:　 　An thần  Chống động kinh  Hen suyễn  Khác (　　 　 　　　 　） |
| 1. Trong vòng 5 năm trở lại đây bạn có nhập viện hay phẫu thuật không? | | | Không  Có | Thời gian nhập viện　　　　　 Năm　　 Tháng  Lí do (　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 　　） |
| 1. 5. Trong quá khứ bạn đã từng mắc bệnh hoặc từng có tiền sử mắc các bệnh sau đây không? | | | Không 　Có  ※ Nếu CÓ, vui lòng đánh dấu vào mục thích hợp và điền thông tin một cách cụ thể. | |
| 1. Lao phổi | Không  Có | Thời gian phát bệnh  　　　Year　　　　Month | | Tình trạng hiện tại  　Đã hồi phục　　　　　　Đang dùng thuốc |
| 1. Rối loạn tâm thần | Không  Có | Thời gian phát bệnh  　　　Year　　　　Month | | Trầm cảm  Rối loạn lo âu  Rối loạn hoảng loạn  Rối loạn giảm chú ý（ADD)  Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD)  Khác ( ) |
| 1. Dị ứng   (bao gồm hen suyễn) | Không  Có | Thời gian phát bệnh  　　　Year　　　　Month | | Thực phẩm  Thuộc  Sản phẩm hóa chất  Khác（　　　　　　　　　　 　　　　 ） |
| 1. Sốt rét, hoặc các bệnh truyền nhiễm khác | Không  Có | Thời gian phát bệnh  　　　Year　　　　Month | | Tên bệnh: |
| 1. Tiểu đường | Không  Có | Thời gian phát bệnh  　　　Year　　　　Month | |  |
| 1. Khác | Không  Có | Thời gian phát bệnh  　　　Year　　　　Month | | Tình trạng hiện tại  　Đã hồi phục　　　　　Đang dùng thuốc |
| 1. Cho đến nay bạn đã từng tiêm chủng phòng ngừa các bệnh nào? | | Lao  Quai bị  Bại liệt  Sởi  Rubella  Bạch hầu  Uốn ván  Viêm màng não  Khác（　　　　　　　　　 ） | | |
| 1. Bạn có nhu cầu đặc biệt gì về chế độ ăn uống hoặc ăn kiêng không? | | Không  Có | | Từ　　　　　Năm　　　　Tháng  Lý do: (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 1. Vui lòng ghi bất kì thông tin gì liên quan đến tình trạng sức khỏe của bạn mà nhà trường nên biết. | | | | |

Tôi xác nhận tất cả các thông tin đã cung cấp hoàn toàn trung thực và chính xác

**Chữ ký:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　 　　　　　　　　　Ngày: 　　　　　 　　/Năm　 　　 　　/Tháng 　　　 /Ngày**