



THÔNG TIN HỌC SINH | STUDENT INFORMATION

Tên Học sinh | Student's full name

Tên thường gọi | Preferred name

Ngày sinh | Date of birth

Nam | Male

Nữ | Female

KIỂM TRA SỨC KHỎE | PHYSICAL EXAMINATION

Do Bác sĩ xác nhận
To be completed by a Physician

| | Bình thường Normal | Bất thường Abnormal | Ghi chú Comments |
|--|----------------------|-----------------------|--------------------|
| Chiều cao Height | | | |
| Cân nặng Weight | | | |
| Huyết áp Blood pressure | | | |
| Mạch Pulse | | | |
| Tóc/ Da đầu Hair/ Scalp | | | |
| Da Skin | | | |
| Mắt/ Thị lực Eyes/ Sight | | | |
| Tai/ Thính giác Ears/ Hearing | | | |
| Mũi và Họng Nose and Throat | | | |
| Bạch huyết Lymph Glands | | | |
| Tiếng thổi tim Heart Murmur | | | |
| Phổi Lungs | | | |
| Bụng Abdomen | | | |
| Chân, tay Extremities | | | |
| Cột sống (chứng vẹo cột sống) Spine (presence of scoliosis) | | | |
| Ghi chú khác của Bác sĩ Additional comments by Physician | | | |
| | | | |

THÔNG TIN BÁC SĨ | PHYSICIAN DETAILS

Tên Bác sĩ | Physician name

Khoa | Medical Centre

Địa chỉ | Address

Số điện thoại | Business Phone

Email

Chữ ký của Bác sĩ | Signature of Physician

Ngày | Date

CÁC PHÒNG KHÁM TẠI HÀ NỘI | SUGGESTED CLINICS IN HANOI

Vinmec International Hospital

458 Minh Khai St., Hai Ba Trung Dist., Hanoi

Tel: (04) 3974 3556

L'Hôpital Français de Hanoi

1 Phuong Mai St., Dong Da Dist., Hanoi

Tel: (04) 3577 1100

Family Medical Practice Hanoi

298 Kim Ma St., Ba Dinh Dist., Hanoi

Tel: (04) 3843 0748

International SOS Vietnam

51 Xuan Dieu St., Hanoi

Tel: (04) 3934 0666

Hong Ngọc Hospital

55 Yen Ninhe St., Ba Dinh Dist., Hanoi

Tel: (04) 3927 5568

VietSing International Clinic

83B Ly Thuong Kiet St., Hoan Kiem Dist., Hanoi

Tel: (04) 3943 8888/3944 8686

Vietnam - Korea Clinic

9 Ngo Thi Nham St., Hai Ba Trung Dist., Hanoi

Tel: (04) 3945 4688

LÝ LỊCH SỨC KHỎE | MEDICAL RECORD

British Vietnamese International School

THÔNG TIN SỨC KHỎE HỌC SINH | STUDENT GENERAL HEALTH

Cháu có bị mắc các vấn đề về sức khỏe hoặc bệnh mãn tính cần dùng thuốc, hạn chế tham gia các hoạt động, hoặc có thể ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày tại Trường không? Nếu có, vui lòng liệt kê dưới đây | Does your child have any medical condition(s) or chronic disease(s) which require medication, restriction of activity, or which may affect his/her normal day at school? If yes, please list below:

Cháu có đang được theo dõi hoặc điều trị cho bệnh lý nào không? | Is your child under a physician's care? Có | Yes Không | No

Cháu có đang sử dụng thuốc điều trị hay không? | Is your child taking any kind of medication? Có | Yes Không | No

Cháu có mắc các vấn đề về tâm lý hay hành vi nào không?
Is your child taking any medication specifically for emotional or behavioural problems? Có | Yes Không | No

Cháu có trải qua các cuộc phẫu thuật nào mà có thể gây trở ngại trong sinh hoạt hàng ngày tại Trường không?
Nếu có, vui lòng nêu chi tiết:
Has your child had any injury or surgery that may affect his/her normal day at school?
If you have answered yes to any of the questions, please provide more details below:

Cháu có bị dị ứng với | Does your child have any allergies to:

Penicillin Thức ăn | Any food Thuốc | Drugs Loại khác | Other _____

NHU CẦU GIÁO DỤC ĐẶC BIỆT | SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS (SEN)

Vui lòng đánh dấu vào những ô liên quan. Nếu trả lời "Có" cho câu hỏi nào, vui lòng nêu chi tiết bên dưới:
Please tick the appropriate box. If you answered yes to any of the questions, please provide more details below:

Hiện tại hoặc trong quá khứ, cháu có nhu cầu giáo dục đặc biệt nào không
(VD: cần sự hỗ trợ của Nhà Trường hoặc hỗ trợ về tâm lý giáo dục)?
Has your child, now or in the past, had any special educational needs (e.g. school support, educational psychologist)? Có | Yes Không | No

Cháu có đang nhận Trị liệu Ngôn ngữ, Trị liệu Cơ năng hay Vật lý trị liệu không?
Has your child received Speech Therapy, Occupational Therapy or Physiotherapy? Có | Yes Không | No

Cháu có bất kỳ vấn đề nào gây cản trở cho việc tham gia các hoạt động thể chất hay không?
Does your child have any problem that limits or affects his/her participation in physical education? Có | Yes Không | No

Cháu có vấn đề về thính giác hay không? | Does your child wear a hearing aid? Có | Yes Không | No

Cháu có vấn đề về thị giác hay không? | Does your child have trouble with vision? Có | Yes Không | No

Chi tiết | Details

PHÒNG KHÁM CHỈ ĐỊNH Ở VIỆT NAM | PREFERRED MEDICAL CLINIC IN VIETNAM

Tên Phòng khám | Name

Địa chỉ | Address

Số điện thoại | Business Phone

Tên Bác sĩ | Physician Name

XÁC NHẬN CỦA PHỤ HUYNH | PARENTAL CONSENT

Chúng tôi xác nhận đồng ý cho phép nhà trường sử dụng những loại thuốc khi chưa có chỉ định của bác sĩ để chữa trị tạm thời các bệnh nhẹ của con.
Lưu ý: Quý vị có thể gặp Y tá của Trường để tham khảo danh sách các loại thuốc đã duyệt có thể sử dụng khi chưa có sự chỉ định của bác sĩ.
We confirm our consent for the School to administer School approved over-the-counter medications to our child/children for symptom relief of minor illnesses.

Note: A full list of School approved over-the-counter medications is available from the School Nurse.

Chữ ký của Phụ huynh | Signature of Parent _____

Ngày | Date: _____