



# PHIẾU XÁC NHẬN SỨC KHỎE DOCTOR EVALUATION FORM

## DO BÁC SĨ XÁC NHẬN | TO BE COMPLETED BY A DOCTOR

Tên Name	<input type="text"/>			Ngày sinh Date of birth	<input type="text"/>
Chiều cao Height	<input type="text"/>	Cân nặng Weight	<input type="text"/>	Huyết áp / Mạch Blood pressure / Pulse	<input type="text"/>
Thị lực Vision	Mắt phải 20 / R 20 / <input type="text"/>	Mắt trái 20 / L 20 / <input type="text"/>	Điều chỉnh Corrected	Yes Có <input type="checkbox"/>	Không No <input type="checkbox"/>
Thính giác Hearing	<input type="text"/>				

## KIỂM TRA SỨC KHỎE | DOCTOR EXAMINATION

Mắt / Tai / Mũi / Họng Eyes / Ears / Nose / Throat	<input type="text"/>	Cổ Neck	<input type="text"/>
Hạch bạch huyết Lymph nodes	<input type="text"/>	Lưng Back	<input type="text"/>
Khuỷu tay / Cánh tay Elbow / Forearm	<input type="text"/>	Cổ tay / Bàn tay Wrist / Hand	<input type="text"/>
Phổi Lungs	<input type="text"/>	Hông / Đùi Hip / Thigh	<input type="text"/>
Bụng Abdomen	<input type="text"/>	Chân / Mắt cá chân / Bàn chân Leg / Ankle / Feet	<input type="text"/>
Đầu gối Knee	<input type="text"/>	Da Skin	<input type="text"/>

Giải thích những kết quả bất thường  
Explain abnormal findings

## KẾT QUẢ KIỂM TRA SỨC KHỎE | DOCTOR EXAMINATION RESULTS

Sức khỏe không cản trở các hoạt động thể chất

Cleared for physical activity

Sức khỏe có thể cản trở các hoạt động thể chất

Not cleared for physical activity

Lý do  
Reason

Ngày | Date

TÊN BÁC SĨ  
Name of Doctor

Khoa  
Department

Địa chỉ  
Address

Số điện thoại  
Telephone

Liên hệ trong trường hợp khẩn cấp  
Emergency contact

Chữ ký của bác sĩ | Signature of Doctor



# LÝ LỊCH SỨC KHỎE | MEDICAL RECORD

## British Vietnamese International School

### THÔNG TIN SỨC KHỎE HỌC SINH / STUDENT GENERAL HEALTH

Cháu có 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?<br>Is your child under a doctor's care?  | Có / Yes | Không / No |
| • Cháu có đang sử dụng thuốc điều trị hay không?<br>Is your child taking any kind of medication?   | Có / Yes | Không / No |
| • Cháu có đang điều trị các vấn đề về tâm lý hay hành vi nào không?<br>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? Có / Yes Không / No

Nếu chọn "Có" cho bất kỳ câu hỏi nào phía trên, 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 has any allergies to:

Penicillin  Thức ăn | Any food  Thuốc | Drugs  Loại khác | Other \_\_\_\_\_

### NHU CẦU GIÁO DỤC ĐẶC BIỆT / STUDENT'S EDUCATIONAL NEEDS (SEN)

Vui lòng đánh dấu vào ô phù hợp. Nếu trả lời "Có" cho câu hỏi nào, vui lòng nêu chi tiết ở 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?<br>(VD: cần sự hỗ trợ của Nhà Trường hoặc hỗ trợ về tâm lý giáo dục)<br>Has your child, now or in the past, had any special educational needs?<br>(e.g. school support, educational psychologist) | Có / Yes | Không / No |
| • Cháu có đang trong quá trình Trị liệu Ngôn ngữ, Trị liệu Cơ năng hay Vật lý trị liệu không?<br>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 giáo dục thể chất không?<br>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?<br>Does your child have problems with hearing?  | Có / Yes | Không / No |
| • Cháu có vấn đề về thị giác hay không?<br>Does your child have trouble with vision?  | Có / Yes | Không / No |

Chi tiết  
Details

### 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 Ý 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

