

**SAN GABRIEL UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
SAN GABRIEL, CALIFORNIA**

一般健康資料

學生姓名 _____	年級 _____	出生日期 _____	出生地點 _____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 性別
地址 _____	城市 _____	郵政編號 _____	電話號碼 _____	
父親姓名 _____ 母親姓名 _____ / 監護人 _____				

出生記錄

體重 \_\_\_\_\_ 磅 \_\_\_\_\_ 安士   妊娠時間長度 \_\_\_\_\_   分娩方式 \_\_\_\_\_  
 分娩時間長度 \_\_\_\_\_   妊娠併發症? \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否  
 孩子出生時情況: \_\_\_\_\_  
 出生首個月的問題? (請勾選) 黃疸 \_\_\_\_\_ 貧血 \_\_\_\_\_ 呼吸 \_\_\_\_\_ 痙攣 \_\_\_\_\_ 喂哺 \_\_\_\_\_  
 其他 \_\_\_\_\_

發展歷史

<u>發展階段</u>	<u>年齡</u>	<u>發展階段</u>	<u>年齡</u>
無需幫助下坐起	_____	學習上廁所	_____
會爬	_____	自己穿衣服	_____
會走路	_____	會玩玩具	_____
第一句話	_____	會說完整句子	_____
明白聽他/她的話	_____	自己進食	_____
孩子可有學習問題:	_____ 有 _____ 沒有 (如果有, 請敘述) _____		

過去醫療歷史

<u>疾病 / 情況</u>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<u>疾病 / 情況</u>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
水痘	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	癲癇	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
紅麻疹(10天)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	痙攣	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
腮腺炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	腦膜炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
風疹(德國麻疹)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	貧血	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
百日咳	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	扁桃體炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
結核病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	風濕熱	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
猩紅熱	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	腎病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
耳炎(慢性)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	抽動症	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
經常感冒	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
住院(原因) _____		手術(列出) _____	

家庭歷史: (註明任何家庭成員中是/否有的疾病, 父母, 祖父母, 兄弟姊妹, 阿姨, 叔叔等)

風濕熱	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	出血性疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	貧血	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
肺結核	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	肝炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	過敏	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
糖尿病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	腎病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	心理病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
癲癇症	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	心臟病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	癌症	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
酗酒/濫藥	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	哮喘	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

一般家庭健康:

母親	<input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差	學習障礙, 如果有的話 _____ _____ _____
父親	<input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差	
兄弟	<input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差	
姊妹	<input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差	

學校應有的其他健康資料: \_\_\_\_\_

家長簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

SAN GABRIEL UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
SAN GABRIEL, CALIFORNIA

健康資料

_____	學生姓名	_____	年級	_____	出生日期
已知的眼睛問題	_____ 眼鏡	_____	隱形眼鏡	_____	優先座位
配戴眼鏡/隱形眼鏡	_____ 全時間	_____	閱讀時	_____	看遠距離時
主診醫生是Dr. _____					
已知的聽覺問題	_____ 助聽器	_____	優先座位		
主診醫生是Dr. _____					
言語障礙/治療 _____					
矯形(骨科)問題 _____					
特別限制 _____					
心臟問題 _____					
特別限制 _____					
孩子可有使用任何藥物? _____ 有 _____ 沒有					
過度活躍	_____	藥物(名稱)	_____	在家	_____ 在學校 _____
癲癇症	_____	藥物(名稱)	_____	在家	_____ 在學校 _____
哮喘	_____	藥物(名稱)	_____	在家	_____ 在學校 _____
過敏源	_____	預防措施	_____	藥物(名稱)	_____
蜂螫過敏	_____	說明如果被螫的應變行動 _____			
血友病	_____	說明如果出血或受傷的應變行動 _____			
糖尿病	_____	發病的徵狀 _____			
經常鼻出血	_____	任何特別指示 _____			
其他特殊病情，意外事故，手術，限制和藥物治療					
_____					
_____					
_____					

家長簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

# SAN GABRIEL UNIFIED SCHOOL DISTRICT

408 JUNIPERO SERRA DRIVE • SAN GABRIEL, CALIFORNIA 91776  
(626) 451-5400 • FAX (626) 451-5494 • www.sgusd.k12.ca.us

Dear Parent/Guardian:

The Child Health and Disability Prevention Program (CHDP) is a preventive health program serving California's children and youth. CHDP makes early health care available to eligible children, not only children with obvious health problems, but also for children that may have unsuspected health conditions. Immunizations are also provided from 0 -18 years of age. **Children are required to have a physical examination prior to entering first grade. We strongly recommend that children get this physical examination completed before enrolling in Kindergarten. This will fulfill the first grade requirement. If this is a first enrollment into school, we have enclosed the Report of Health Exam for School Entry - PM171A, to be completed by the medical provider. You may have this examination completed by your own medical provider or you may contact one of the Low Cost/Free Health Care providers listed on the back of this page.**

---

Estimado padre de familia/tutor:

El programa llamado "The Child Health and Disability Prevention Program (CHDP)" (Programa de Salud y prevención de Incapacidad Infantil), es un programa preventivo de salud, sirviendo a la niñez y a la juventud de California. CHDP, hace que el cuidado de las salud a edad temprana este disponible a los niños elegibles o solamente a los niños con obvios problemas de salud, sino también a los niños que parecen estar en buenas condiciones. Se proporcionan inmunizaciones desde recién nacido hasta los 18 años. A los niños se les requiere tener un examen físico antes de entrar a primer grado. Nosotros firmemente recomendamos que los niños obtengan este examen físico antes de ser matriculados en kindergarten. Esto llenara el requisito de primer grado. Si esta es la primera matriculación en la escuela, nosotros hemos adjuntado el reporte llamado "Report of Health Exam for School Entry - PM171A" (Reporte del Examen Físico para el Ingreso Escolar PM171A), para ser completado por el medico o agencia proveedora. Usted también puede hacer que esta exanimación sea completada por su medico de cabecera o puede contactar a alguno de los proveedores de bajo costo o gratuito enlistado al respaldo de esta pagina.

---

親愛的家長 / 監護人：

兒童保健及殘疾預防計劃（CHDP）是一項為加州兒童和青年服務的預防性健康計劃。CHDP為資格的兒童提供早期健康保健，不僅為孩子有明顯的健康問題，亦為兒童可能有未料到的健康狀況。免疫預防亦提供于 0 - 18歲兒童。兒童入讀一年級之前，必須有一個身體檢查。我們強烈建議孩子在登記幼稚園之前完成這個體檢。這將滿足小學一年級的要求。如果這是第一次註冊入學，我們連同了一份入學健康檢查報告- PM171A，須由醫療服務機構完成。您可以選由您自己的醫療服務機構完成這份檢查報告，或可聯絡本頁背面所列的任何低費/免費的醫療保健機構。

# NO COST OR LOW COST HEALTH CARE SERVICES

CONTACT CLINIC/CENTER FOR HOURS AND NO COST OR LOW COST ELIGIBILITY

HEALTH CENTER	HEALTH CENTER
<p><b>El Monte Comprehensive Health Center</b> 10953 Ramona Blvd El Monte, CA 626-579-8463</p>	<p><b>San Gabriel Valley Dental Society</b> 312 E. Las Tunas Dr. San Gabriel, CA 91776 Service/Intake: 626.285.1174 FAX: 626.285.4873</p>
<p><b>Monrovia Health Center</b> 330 West Maple Avenue Monrovia, CA 91016 626-256-1600</p>	<p><b>Herald Christian Health Center</b> 923 S. San Gabriel Blvd San Gabriel, CA 91776 (626) 286-8700</p>
<p><b>Tzu Chi Buddhist Free Clinic</b> 1000 South Garfield Avenue Alhambra, CA 626-281-3383</p>	<p><b>Dreamweaver Medical Group</b> 330 West Las Tunas Drive #1 San Gabriel, CA 91776 626-284-3300</p>
<p><b>Cleaver Family Wellness Clinic</b> 4368 Santa Anita Avenue El Monte, CA 626-579-0290</p>	<p><b>A.P. Health Care Venture El Monte/Rosemead Health Center</b> 9960 Baldwin Place El Monte, CA 91731 626-774-2988</p>
<p><b>Edward Roybal Comprehensive Health Center</b> 245 South Fetterly Avenue Los Angeles, CA 90022 (323) 362-1010</p>	<p><b>Healthy Families</b> 1-888-747-1222</p>
<p><b>Free and Low-Cost Health Services</b> 1-800-427-8700</p>	<p><b>Care1st</b> 866-820-6009</p>

*“The District neither endorses nor sponsors the organization or activity represented in this document. Distribution of this material is provided as a community service.”*