

有過敏症的學生

Students with allergies

請有過敏問題的學生的家長/照顧人使用英文妥善填寫本份表格，並在完成後將表格交回給校長或授權的行政人員。表格的首兩欄由學校填寫。收集這些資料的目的是為了識別哪些學生有嚴重過敏反應的危險。你在本份表格中提供的情況將用於協助學校決定如何對有過敏問題的學生採取正確的措施。

尊敬的家長/照顧人

學生姓名: _____
School to insert name of student

你已經告訴我們，你的子女對一種或數種物質過敏。會引起過敏反應的物質是：

_____ School to insert the allergy/allergies that have been identified by the parent/carer

請回答下列問題，並將填妥的表格交回給校長或授權的行政人員。

1. 醫生已經確診我的子女有下列過敏：

昆蟲刺咬 (Insect sting/bite)

請具體註明: _____

藥物 (Medication)

請具體註明: _____

食物 (Food)

請在“是”或“不是”方框內打勾

是 (Yes)

不是 (No)

• 花生 (Peanuts)

• 堅果 (Nuts)

如果“是”對堅果過敏，請具體註明:

Type/s of nut/s _____

• 魚 (Fish)

• 貝殼類海鮮 (Shellfish)

• 黃豆 (Soy)

• 芝麻 (Sesame)

• 小麥 (Wheat)

• 奶 (Milk)

• 蛋 (Egg)

如果引起過敏的食物沒有列出，請具體註明：

Other type of food _____

膠乳 (Latex)

其他過敏，請具體註明:

Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

請在“是”或“不是”方框內打勾

是 (Yes)

不是 (No)

- | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. | 我的子女因嚴重過敏而曾經住院
My child has been hospitalised with a severe allergic reaction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | 我的子女獲醫生處方腎上腺素自動注射器 (EpiPen® 或 Anapen®)
My child has been prescribed an adrenaline autoinjector (EpiPen® or Anapen®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | 我的子女有一份 ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹
My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹
(如有，請隨同表格一起交回) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

填表人 (請在此工整拼寫你的姓名) : _____
Name of parent/carer

家長/照顧人簽名 : _____
Signature of parent/carer

日期 : _____
Date

¹ 每次醫生給你的子女處方新的腎上腺素自動注射器之後都會同時簽發一份最新的 ASCIA Action Plan for Anaphylaxis。請你務必向學校提供這份文件，至關重要。