

चिकित्सा सूचना फारम

Medical information form

प्रिय अभिभावक/हेरचाहकर्ता,

कृपया तल बिस्तृत रूपमा प्रस्तुत गरिएको शैक्षिक भ्रमणको लागि तपाईंको बच्चालाई कुनै थप आवश्यकता छ भने चिकित्सा सूचना फारम अंग्रेजी भाषामा पुरा गर्नुहोला । कृपया कुनै पनि आवश्यक चिकित्सा र/वा आहार विवरण पूर्ण रूपमा उपलब्ध गराउनुहोस् र थप ठाउँको आवश्यक परेमा अर्को पृष्ठ थप्नुहोस्।

यो फारमलाई तल उल्लेख गरिएको मितिभित्र विद्यालयमा फिर्ता पठाउनु पर्ने छ।

Information for completion by organising teacher

व्यवस्थापन गर्ने शिक्षकले भर्ने जानकारी

Name of student _____ Excursion destination _____
 विद्यार्थीको नाम शैक्षिक भ्रमणको गन्तव्य

Excursion date/s From: _____ To: _____
 शैक्षिक भ्रमणको मिति/मितिहरू स्थान देखि स्थान सम्म

Date for return of Medical information form _____
 चिकित्सा सूचना फारम फिर्ता गर्ने मिति

अभिभावक/हेरचाहकर्ताहरूले भर्नुपर्ने जानकारी

Information for completion by parents/carers

अभिभावक/हेरचाहकर्ताको सम्पर्क विवरण (Parent/carer contact details)

अभिभावक/हेरचाहकर्ताको नाम _____
 Name of parent/carer

अभिभावक/हेरचाहकर्ताको ठेगाना _____
 Address of parent/carer line 1

Address of parent/carer line 2

सम्पर्क फोन नम्बर/हरू लिफोन 1 _____ लिफोन 2 _____
 Parent/carer phone 1 Parent/carer phone 2

डाक्टरको सम्पर्क विवरण (Doctor contact details)

डाक्टरको नाम _____
 Name of doctor

डाक्टरको ठेगाना _____
 Address of doctor line 1

Address of doctor line 2

डाक्टरको फोन नम्बर/हरू लिफोन 1 _____ लिफोन 2 _____
 Doctor's phone 1 Doctor's phone 2

आकस्मिक वैकल्पिक सम्पर्क विवरण (Emergency alternative contact details)

आकस्मिक सम्पर्कको नाम 1 _____ लिफोन _____
 Name of emergency contact 1 Emergency contact 1 phone no.

आकस्मिक सम्पर्कको नाम 2 _____ लिफोन _____
 Name of emergency contact 2 Emergency contact 2 phone no.

कुनै पनि स्वास्थ्य अवस्था वा रोगहरू उल्लेख गर्नुहोस् जस्तै दम, मधुमेह, छारे रोग, एलर्जी आदि र प्रत्येकको उपचारको बारे जानकारी दिनुहोस्।

Medical conditions or illnesses and their treatments.

कुनै विशेष भोजन आवश्यकता भए त्यसको बारे, अनुचित भोजनप्रतिको सम्भावित प्रतिक्रिया समेत, जानकारी दिनुहोस्।
Special dietary needs including possible reactions to inappropriate diet.

शैक्षिक भ्रमणको अवधिमा दिनुपर्ने कुनै पनि औषधी/हरू को सूची उपलब्ध गराउनुहोस्। औषधीको नाम, त्यसको सेवनको निर्देशन, सेवनको समय र सम्भावित प्रतिक्रियाहरू समावेश गर्नुहोस्।

Medications, instructions for administration and possible reactions.

आकस्मिक अवस्थामा मेरो बच्चाले उपचार पाउनेछ भन्ने मैले बुझेको छु। चिकित्सकले सिफारिस (प्रेस्काइब) गरेको औषधीहरू (आकस्मिक औषधी समेत जस्तै इन्सुलिन) शैक्षिक भ्रमणको अवधिमा दिनुपर्ने भए, अभिभावक/हेरचाहकर्ताहरू निम्न कुराको लागि जिम्मेवार हुनेछन्:

- यो आवश्यकतालाई विद्यालयको ध्यानमा ल्याउने
- जानकारी अद्यावधिक भएको, कुनै परिवर्तन भएमा त्यो समेत, सुनिश्चित गर्ने
- सेवन गर्नुपर्ने औषधी र त्यसको लागि आवश्यक पर्ने कुनै पनि 'उपभोग्य पदार्थ' जस्तै इन्सुलिन सिरिन्ज वा EpiPens® उपलब्ध गराउने (कुनै पनि औषधी राम्रोसँग यसको समाप्ति मिति भित्र हुनुपर्छ र सही लेबल गरिएको हुनुपर्छ)
- शैक्षिक भ्रमणको अवधिभरिको लागि सिफारिस गरिएका औषधी तथा विद्यालयसँग सहकार्य गरी निर्धारित औषधिको आपूर्ति तथा सेवनको व्यवस्था मिलाउने।

कृपया ध्यान दिनुहोस्: केही शैक्षिक भ्रमणहरूका लागि विद्यालयले अभिभावकलाई औषधीहरूको आपूर्ति विद्यालयले अगाडि गरेको सहमति भन्दा फरक तरिकाले गराउन अनुरोध गर्नसक्ने छ। उदाहरणका लागि, आमाबाबुलाई थप एड्रेनलाईन अटोइन्जेक्टर (EpiPen®) उपलब्ध गराउन आग्रह गर्न सकिन्छ।

अभिभावक/हेरचाहकर्ताको नाम (कृपया प्रिन्ट गर्नुहोस्) _____
Name of parent/carer

अभिभावक/हेरचाहकर्ताको हस्ताक्षर _____ मिति _____
Signature of parent/carer Date

टेलिफोन दोभाषे सेवा

यदि तपाईंलाई थप जानकारीको आवश्यकता छ भने कृपया विद्यालयमा फोन गर्नुहोस्। यदि तपाईंलाई सोधपुछ गर्नको लागि दोभाषेको आवश्यकता छ भने कृपया 131 450 मा टेलिफोन दोभाषे सेवालार्ई फोन गर्नुहोस् र तपाईंको भाषाको अनुवादक को लागि आग्रह गर्नुहोस्। अपरेटरले स्कूललाई फोन गर्नेछन् र कुराकानीमा तपाईंलाई मद्दत गर्न लाइनमा एक जना अनुवादक उपलब्ध गराउनेछन्। तपाईंलाई यो सेवाको लागि कुनै शुल्क लगाइने छैन।