

แบบฟอร์มข้อมูลทางการแพทย์ Medical information form

เรียนบิดาหรือมารดา/ผู้ดูแล

โปรดกรอกแบบฟอร์มทางการแพทย์เป็นภาษาอังกฤษ หากบุตรของท่านมีความต้องการเพิ่มเติมสำหรับทัศนศึกษาตามรายละเอียดข้างล่าง โปรดให้ข้อมูลทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องและ/หรือรายละเอียดเกี่ยวกับอาหารทั้งหมด และเพิ่มอีกแผ่นหนึ่งถ้าต้องการเนื้อที่เพิ่มเติม แบบฟอร์มนี้ควรส่งคืนให้ทางโรงเรียนพร้อมกับแบบฟอร์มยินยอมตามวันที่ที่ปรากฏข้างล่าง

Information for completion by organising teacher

ข้อมูลที่ต้องกรอกโดยครูผู้จัด

Name of student _____ Excursion destination _____
ชื่อของนักเรียน จุดหมายปลายทางของทัศนศึกษา

Excursion date/s From: _____ To: _____
 วันที่ที่มีทัศนศึกษา จาก ถึง

Date for return of Medical information form _____
วันที่ต้องส่งคืนแบบฟอร์มข้อมูลทางการแพทย์

ข้อมูลที่บิดามารดา/ผู้ดูแลต้องกรอก

Information for completion by parents/carers

รายละเอียดของบิดาหรือมารดา/ผู้ดูแล (Parent/carer contact details)

ชื่อของบิดาหรือมารดา/ผู้ดูแล _____
Name of parent/carer

ที่อยู่ของบิดาหรือมารดา/ผู้ดูแล _____
Address of parent/carer line 1

_____ Address of parent/carer line 2

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ โทรศัพท์ 1 _____ โทรศัพท์ 2 _____
Parent/carer phone 1 Parent/carer phone 2

รายละเอียดการติดต่อแพทย์ (Doctor contact details)

ชื่อแพทย์ _____
Name of doctor

ที่อยู่ของแพทย์ _____
Address of doctor line 1

_____ Address of doctor line 2

หมายเลขโทรศัพท์ของแพทย์ โทรศัพท์ 1 _____ โทรศัพท์ 2 _____
Doctor's phone 1 Doctor's phone 2

รายละเอียดติดต่อสำรองในกรณีฉุกเฉิน (Emergency alternative contact details)

ชื่อของผู้ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน 1 _____ โทรศัพท์ _____
Name of emergency contact 1 Emergency contact 1 phone no.

ชื่อของผู้ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน 2 _____ โทรศัพท์ _____
Name of emergency contact 2 Emergency contact 2 phone no.

ระบุเงื่อนไขทางการแพทย์หรือความเจ็บป่วยใดๆ เช่นโรคหอบหืด เบาหวาน ลมชัก ภูมิแพ้ ตลอดจนระบุการรักษาของแต่ละอย่าง
Medical conditions or illnesses and their treatments.

ระบุความต้องการด้านอาหารพิเศษรวมทั้งปฏิกิริยาที่อาจเกิดขึ้นกับอาหารที่ไม่ถูกต้อง
Special dietary needs including possible reactions to inappropriate diet.

ระบุรายการยาที่ต้องให้ระหว่างทัศนศึกษา รวมทั้งชื่อยา วิธีการใช้ยา เวลาที่ต้องให้ยาและปฏิกิริยาที่อาจเกิดขึ้นได้
Medications, instructions for administration and possible reactions.

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าบุตรจะได้รับการรักษาทางการแพทย์ในกรณีฉุกเฉิน ข้าพเจ้าเข้าใจว่าเมื่อแพทย์ได้สั่งยาให้บุตร (รวมทั้งยาในกรณีฉุกเฉิน เช่น อินซูลิน) ที่จำเป็นต้องให้ระหว่างทัศนศึกษา บิดาหรือมารดา/ผู้ดูแลต้องมีความรับผิดชอบดังนี้:

- แจ้งความจำเป็นนี้แก่ทางโรงเรียน
- ให้แน่ใจว่าข้อมูลถูกต้องหากมีการเปลี่ยนแปลง
- จัดส่งยาและ 'อุปกรณ์' ที่จำเป็นเช่นเข็มฉีดยา หรือ EpiPens® สำหรับให้ยา (ยาทุกอย่างควรรยังใช้ได้ยาวนานก่อนหมดอายุและติดฉลากไว้อย่างถูกต้อง)
- ร่วมมือกับทางโรงเรียนในการจัดเตรียมยาและการให้ยาตามแพทย์สั่งในระหว่างทัศนศึกษา

หมายเหตุ: สำหรับทัศนศึกษาบางอย่างโรงเรียนจะขอให้บิดามารดาจัดส่งยาให้ในวิธีการที่แตกต่างไปจากวิธีที่ตกลงไว้แล้วกับทางโรงเรียน เช่นบิดามารดาอาจถูกขอให้จัดหาเครื่องฉีดยาอินซูลินอัตโนมัติ (EpiPen®) เพิ่มเติม

ชื่อของบิดาหรือมารดา/ผู้ดูแล (โปรดเขียนตัวบรรจง) _____ Name of parent/carer

ลายเซ็นของบิดาหรือมารดา/ผู้ดูแล _____ วันที่ _____
Signature of parent/carer Date

บริการล่ามทางโทรศัพท์

หากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมโปรดโทรศัพท์ทางโรงเรียน ถ้าท่านต้องการล่ามช่วยในการสอบถาม โปรดโทรบริการล่ามทางโทรศัพท์ หมายเลข 131 450 และขอล่ามในภาษาของท่าน พนักงานโทรศัพท์จะโทรโรงเรียนและให้ล่ามช่วยท่านในการติดต่อ ไม่ต้องจ่ายเงินสำหรับบริการนี้