



**Los Angeles Unified School District**  
**Field Trip Personal Health History Form**  
 校外考察個人健康狀況申報表

本表格須由家長／監護人填寫，適用於學生參與校外考察活動，有效期為一學年。如學生有已知健康狀況，可能需更頻繁更新本表格。家長／監護人有責任就學生健康狀況的任何變化通知學校護士，以確保本學年後續校外考察活動的安全。

|  |                            |                            |     |
|--|----------------------------|----------------------------|-----|
| <b>A. 學生資料</b>   |                            |                            |     |
| 學生姓名：  | 出生日期：                      | 性別：                        | 年級： |
| 教師姓名：  | 學校名稱：                      |                            |     |
| <b>B. 家長 / 監護人資料</b>   |                            |                            |     |
| 家長／監護人姓名：  | 住家電話：                      | 手提電話：                      |     |
| 工作電話：  | 電子郵件地址：                    |                            |     |
| <b>C. 緊急聯絡人資料 (非家長 / 監護人)</b>  |                            |                            |     |
| 緊急聯絡人姓名：   | 手提電話：                      | 其他電話：                      |     |
| 關係：  | 電子郵件地址：                    |                            |     |
| <b>D. 學生教育資料</b>   |                            |                            |     |
| 學生在校是否持有現行個別教育計劃 (IEP) ?   | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |     |
| 學生在校是否持有現行第 504 條款計劃 ?   | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |     |
| <b>E. 學生是否有過敏? 如有, 請勾選所有適用項目:</b>  | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |     |
| <input type="checkbox"/> 食物過敏 (請列出過敏原並描述反應) : _____<br>_____<br><input type="checkbox"/> 藥物過敏 (請列出過敏原並描述反應) : _____<br>_____<br><input type="checkbox"/> 昆蟲叮咬／螫傷過敏 (請列出過敏原並描述反應) : _____<br>_____<br><input type="checkbox"/> 季節性過敏 (請說明) : _____<br>_____<br><input type="checkbox"/> 其他 (請說明) : _____<br>_____<br><input checked="" type="checkbox"/> 您的孩子是否需服用過敏藥物? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>若需用藥, 請列出所服用/醫囑藥品名稱: _____<br>_____<br>_____ |                            |                            |     |



**Los Angeles Unified School District**  
**Field Trip Personal Health History Form**  
 校外考察個人健康狀況申報表

**F. 學生是否有現有健康狀況？如有，請勾選所有適用項目：**  是  否

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 哮喘       | <input type="checkbox"/> 肌肉骨骼疾患                 |
| <input type="checkbox"/> 出血性疾病    | <input type="checkbox"/> 癲癇症                    |
| <input type="checkbox"/> 便秘       | <input type="checkbox"/> 需佩戴眼鏡／隱形眼鏡             |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病      | <input type="checkbox"/> 其他：_____               |
| <input type="checkbox"/> 情緒／心理狀況  | <input type="checkbox"/> 特殊醫療程序類。如勾選此項，請註明程序類型： |
| <input type="checkbox"/> 心臟缺陷／心臟病 | _____   |

請說明上方所勾選的健康狀況： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

❖ 學生是否有身體活動限制？ 是  否：  
 若有，請說明： \_\_\_\_\_

❖ 學生是否有飲食限制？ 是  否：  
 若有，請說明： \_\_\_\_\_

**G. 藥物**

學生是否需在考察期間用藥？若需用藥，請參閱下方第 #1、2、3 下項規定。  
 請諮詢學校護士。  是 #1、2、3  否

1. 如需在過夜考察期間服用常規非處方藥物，家長／監護人必須提交已填妥的「**過夜考察非處方藥物使用申請及授權表**」，包含家長／監護人簽署同意書及持照醫療機構的書面指示。
2. 如需在考察期間服用藥物（處方藥及未列於上述表格的非處方藥物），家長／監護人必須提交已填妥的「**校內用藥申請表**」，包含家長／監護人簽署同意書及持照醫療機構的書面指示。
3. 已填妥的「**校內用藥申請表**」及/或「**過夜考察非處方藥物使用申請及授權表**」表格，須於考察出發前**至少 7** 天提交至學校，並附家長／監護人及持照醫療機構簽名。

如遇醫療緊急情況，將撥打 **911**／緊急醫療服務，並將學生送至最近的醫療機構。

**H. 其他健康資料**

請提供學生其他健康相關資訊。 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**I. 家長／監護人同意聲明**

本人確認據我所知，本文件所載資訊真實無誤，並會就學生健康狀況的任何變化通知學校護士。

\_\_\_\_\_  
 家長／監護人簽名

\_\_\_\_\_  
 日期



**Los Angeles Unified School District**  
**Field Trip Personal Health History Form**  
校外考察個人健康狀況申報表