

المدرسة المعمدانية الإنجيلية في بيروت

ملف التلميذ الطبي Student Health History Form

Please fill this Form and return within 3 days.

الرجاء ملء الإستمارة وإعادتها خلال ثلاثة أيام.

Note that according to BBS policies, information provided stays in strict confidence in the Student's Health Record.

بناءً على سياسة المدرسة المعمدانية، فإن المعلومات المزودة تبقى سرية داخل سجل التلميذ الطبي.

Grade & Section / الصف والشعبة : _____

Student's Name / اسم التلميذ : _____

Date of Birth / تاريخ الولادة : _____

Birth Weight / الوزن وقت الولادة : _____

Blood Group / فئة الدم : _____

Growth and Development

النمو والتطور الصحي

Have you or your pediatrician ever had any concerns about your child's growth or development (Speech/Language, Social Skills, Motor skills, etc.)? No Yes

هل كان لديك أو لدى طبيب أطفالك أي معلومات عن نمو طفلك وتطوره الصحي؟ (المهارة الحركية، المهارة الاجتماعية، اللغة/النطق). كلا نعم

If yes, please explain.

إذا كان الجواب "نعم"، الرجاء شرح الحالة الصحية.

Past medical history and current health concerns

الحالة الطبية السابقة والحاضرة

Had/Have any serious medical illness(es)? هل يعاني ولدك من حالة صحية حادة؟ Yes/نعم No/كلا

Had/Have broken bones? هل تعرّض لأي كسور في العظام؟ Yes/نعم No/كلا

Had/Have frequent or severe sprains? هل تعرّض لأي خلع حاد؟ Yes/نعم No/كلا

Had/Have a history of asthma or wheezing? هل يعاني من ضيق تنفس أو ربو؟ Yes/نعم No/كلا

Have had to use or is currently using an هل يستعمل دائماً جهاز استنشاق أو بخاخ؟ Yes/نعم No/كلا

inhaler or nebulizer? هل خضع لأية جراحة؟ Yes/نعم No/كلا

Had any surgery? هل خضع لمعالجة في المستشفى؟ Yes/نعم No/كلا

Had been hospitalized? هل خضع لمعالجة في المستشفى؟ Yes/نعم No/كلا

If yes, to any of the above, please explain

الرجاء شرح الحالة، إذا كانت الإجابة "نعم" على أي من الأسئلة.

Please indicate if student has had (or has) any of the following conditions:

الرجاء الإجابة بـ "نعم" أو "لا" في حال وجود أي من الحالات الآتية:

Asthma الربو Yes/نعم No/كلا

Bleeding Problem حالات نزيف Yes/نعم No/كلا

Diabetes السكري Yes/نعم No/كلا

Heart Disease أمراض القلب Yes/نعم No/كلا

Hypertension ارتفاع ضغط الدم Yes/نعم No/كلا

Immune Disorder أمراض مناعية مختلفة Yes/نعم No/كلا

Migraine Headaches أوجاع الرأس (الشقيقة) Yes/نعم No/كلا

Tuberculosis السل Yes/نعم No/كلا

ملف التلميذ الطبي
Student Health History Form

Other:

حالات أخرى:

Still under treatment?

Yes/نعم No/كلا

If yes, please explain

لا يزال في مرحلة المعالجة؟
إذا كانت الإجابة نعم ، الرجاء شرح الحالة

Parents are aware of the existence of any of the following conditions:

الأهل على علم بوجود أي من الحالات الآتية:

- Learning Disabilities ----- صعوبات تعلمية
- Slow Learner ----- بطء في الاستيعاب
- Speech Delay ----- تأخر في الكلام
- Emotional Disturbance ----- اضطرابات نفسية وعاطفية
- Autism ----- تؤخذ
- Attention Deficit and Hyperactivity Disorders (ADHD) ----- افراط في الحركة وقصور في الانتباه
- Any other case that was not mentioned above ----- أي حالة أخرى لم يتم ذكرها

Medications and Allergies**الأدوية والحساسية**

Please list current medications, vitamins, and supplements (even if used occasionally):

الرجاء تدوين أسماء الأدوية والفيتامينات الدائمة والطارئة.

Please list allergies or reactions to medications, vaccines or foods:

الرجاء تحديد الأدوية أو اللقاحات أو الأطعمة التي تؤدي الى الحساسية.

Immunizations**دفتر اللقاحات**

Please bring a copy of your child's immunization records to the school nurse.

الرجاء إحضار نسخة عن دفتر اللقاحات العائد لطفلك وتسليمه لقسم التمريض.

Date:

التاريخ:

Signature:

الإمضاء:

For school use only

حقل مخصص للمدرسة

Allergies: Yes _____

Asthma: Yes _____

Diabetes: Yes _____

Medication(s) Yes _____

Others _____