Пожалуйста, предоставьте информацию о состоянии вашего здоровья в этом свидетельстве

Чтобы студенты могли жить здоровой жизнью, важно, чтобы сотрудники школы были в курсе их состояния здоровья. Пожалуйста, подробно ответьте на вопросы этой формы

Мы не предоставляем медицинские услуги и не выписываем лекарства в школе. Это свидетельство носит конфиденциальный характер.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Ваше состояние здоровья на текущий момент? Выберите один из вариантов. | | | Очень хорошее  Нормальное  Не очень хорошее  Плохое | |
| 1. Проходите ли Вы сейчас какое-либо лечение? | | | Нет  Да | Нет  Да |
| 1. Принимаете ли Вы сейчас какие-либо препараты? Принимали ли Вы какие-либо препараты за последний год? | | | Нет  Да | Нет  Да |
| 1. Были ли операции или госпитализация за последние пять лет? | | | Нет  Да | Нет  Да |
| 1. Были ли у вас когда-либо серьезные или хронические заболевания? | | | Нет 　Да  ※ Если да, выберите подходящее из следующих вариантов и внимательно заполните информацию о заболевании | |
| 1. Туберкулез | Нет  Да | Диагноз поставлен  　ГГГГ/ MM/ | | Текущее состояние  　Излечен 　Прохожу лечение |
| 1. Психическое расстройство | Нет  Да | Диагноз поставлен  　ГГГГ/ MM/ | | Депрессия  Тревожность  Панические атаки  Синдром дефицита внимания (СДВ)  Синдром дефицита внимания и гиперактивности（СДВГ)  Другое ( ) |
| 1. Аллергии,   включая астму | Нет  Да | Диагноз поставлен  　ГГГГ/ MM/ | | Еда  Лекарства  Химические продукты  Другое（　　　　　　　　　　 　　　　 ） |
| 1. Малярия или другие инфекц. заболевания | Нет  Да | Диагноз поставлен  　ГГГГ/ MM/ | | Название: |
| 1. Диабет | Нет  Да | Диагноз поставлен  　ГГГГ/ MM/ | |  |
| 1. Другое | Нет  Да | Диагноз поставлен  　ГГГГ/ MM/ | | Текущее состояние  Излечен  Прохожу лечение |
| 1. Вакцинировались ли вы следующими прививками? | | БЦЖ  MMR  Полиомиелит  Корь  Краснуха  Дифтерия  Столбняк  Менингит  Другое（　　　 　　　　　　 ） | | |
| 1. Особые потребности в питании или диета | | Нет  Да | | С какого времени ГГГГ/ ММ/  Причина（　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 1. Иная информация о Вашем здоровье, которую школе необходимо знать заранее. | | | | |

**Настоящим я заявляю, что вышеизложенная информация является правдивой и верной.**

**Подпись заявителя:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 Дата: 　　　　　 　 /Год 　　/Месяц 　 　/День**