学生个人健康情况申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | 性别 |  | 出生  时间 |  | 所在  班级 |  |
| 申报时间 |  | 监护人  姓名 |  | | 监护人  联系  电话 |  | |
| 健康申报内容 | 需要学校予以关注的既往病史：无（ ）/有（ ）：  生理疾病：如心脏病、心肌炎、高血压、支气管哮喘、癫痫、肺结核、肝炎等，请注明疾病名称  心理疾病：如自闭症、抑郁症、多动症等，请注明疾病名称 。 | | | | | | |
| 既往病史诊断时间及诊断证明 | 诊断时间：  诊断具体内容：  诊断证明：将资料复印附在表格后面。 | | | | | | |
| 药物过敏 | 无（ ）/有（ ）：过敏药物名称： | | | | | | |
| 能否参加  体育锻炼 | 参加（ ）/不参加（ ）：不参加的运动项目： | | | | | | |
| 家长（监护人）声明 | 本人系学生法定监护人（家长），本人郑重承诺：以上填写内容属实，并无隐瞒或作虚假申报。如有隐瞒或虚假申报，将自行承担相应后果和责任。    签名： 时间： | | | | | | |
| 特别提示 | 1、学生健康与安全永远是第一位的。学生入学，请监护人特别关注孩子是否有相关病史以及不适宜参加体育锻炼的情况，如有疑问的，请咨询医学等专业人士意见。监护人应通过本表或其它方式将学生健康情况及时、准确报告班主任，学校将根据法规要求和现有条件配合做好学生的健康管理和保护。  2、学生不得在校私自用药。学生因治疗需要在校用药的，须执业医师诊断并报告班主任。学生应当避免使用兴奋剂或者镇静催眠药、镇痛剂等成瘾性药物；确有治疗必要的，需经执业医师专门诊断。  3、学校保健室职责主要为做好师生健康管理、常见病防治、传染病预防控制工作及开展健康教育和健康咨询等，保健工作仅为学生常见小伤小病的处理、学生急症的院前处置和转运，不进行疾病的治疗，请家长知悉。 | | | | | | |

备注：

1.本表内容仅用于学校了解学生身心健康状况以及更科学安全的开展教育教学工作，请家长配合工作，如实填写，学校会做好学生隐私保密工作。

2.本次申报有效期限为三年，期间如有身心健康发生变化，请及时与班主任沟通并做内容更新。

3.此表自行下载打印，填好后于8月20日由学生交给班主任，班主任登记后，统一交医务室备案。