

Student's Health History Form

نموذج التاريخ الصحي للطلاب/ة

Dear Parent / Guardian:

عزيزي ولي أمر الطالب/الطالبة:

Please fill out this form about your son/daughter's health condition. Answer Yes or No, if your answer is yes, please provide dates and more details in the guardian's comments box.	يرجى تعبئة هذه الاستمارة عن صحة ابنكم/ابنتكم بالإجابة بنعم أو لا. إذا كانت الإجابة نعم الرجاء كتابة التواريخ والتفاصيل في خانة الملاحظات مع مراعاة الدقة ، حتى تتمكن من متابعة حالته/حالتها الصحية, مع تمنياتنا للجميع بالصحة والعافية.
Student's Name:..... School:.....Grade:.....Section:..... DOB:..... Student's No:..... Nationality:..... Emirates ID No:	اسم الطالب: المدرسة: الصف: الشعبة: تاريخ الميلاد: رقم الطالب المدرسي: الجنسية: رقم الهوية الإماراتية:

	Health Problems / المشاكل الصحية	Yes/نعم	No/لا	Comments/ملاحظات
1	Does the student suffer from any allergy? For example, allergies to medication, food, dust. Please specify? هل يعاني الطالب/ة من أية حساسية؟ على سبيل المثال حساسية من دواء / أطعمة / أبخرة؟ يرجى ذكرها؟			
2	Does the student suffer from any heart disease? هل يعاني الطالب/ة من أية أمراض قلبية؟			
3	Does the student suffer from diabetes? هل يعاني الطالب/ة من مرض السكري؟			
4	Does the student suffer from hypertension (high blood pressure)? هل يعاني الطالب/ة من مرض ارتفاع ضغط الدم ؟			
5	Does the student suffer from Bronchial Asthma? هل الطالب/ة مصاب بالربو؟			
6	Does the student suffer from chronic kidney diseases? هل يعاني الطالب/ة من أمراض الكلى المزمنة؟			
7	Does the student suffer from chronic urinary tract infection? هل يعاني الطالب/ة من التهاب المجاري البولية المزمن؟			
8	Does the student suffer from epilepsy? هل يعاني الطالب/ة من مرض الصرع ؟			
9	Does the student suffer from G6PD (beans anemia)? هل الطالب/ة مصاب بمرض أنيميا الفول (تكسر الدم) ؟			
10	Does the student suffer from Thalassemia, Sickle cell, Hemophilia? Please specify هل الطالب مصاب بأي من أمراض الدم الوراثية (الثلاسيميا، فقر الدم المنجلي، الهيموفيليا) يرجى ذكرها			
11	Does the student suffer from recurrent nose bleeding? هل يعاني الطالب/ة من نزيف متكرر بالأنف؟			
12	Does the student suffer from any skin diseases? هل يعاني الطالب/ة من أية أمراض جلدية؟			
13	Does the student suffer from eye diseases (e.g. Hyperopia or Myopia)? هل يعاني الطالب/ة من أمراض العيون (طول أو قصر النظر) ؟			
14	Has the student had any previous surgery? Please specify هل سبق أن أجريت للطالب/ة عمليات جراحية ؟ ما هي؟			
15	Has the student been admitted to the hospital? Please specify هل تم إدخال الطالب/ة للمستشفى من قبل ؟ اذكر السبب			
16	Does the student use any assistive medical device? (Hearing aid, crutches, wheelchair) Please specify هل يستخدم الطالب/ة أية أجهزة طبية مساعدة (سماعة طبية، عكاز، كرسي متحرك) ؟ ما هي؟			
17	Has the student been infected with any infectious disease such as mumps, measles or chicken pox? Please specify هل أصيب الطالب/ة بأي من الأمراض المعدية التالية: النكاف أو الحصبة أو جدري الماء؟ يرجى ذكرها			
18	Does the student suffer from Bed-wetting/ incontinence? هل يعاني الطالب من التبول الليلي اللاإرادي؟			

Student's Health History Form

نموذج التاريخ الصحي للطالب/ة

If the student has any disease please answer the following questions:	إذا كان الطالب/ة يعاني من احد الأمراض المذكورة اعلاه أو غيرها يرجى الإجابة على الأسئلة التالية:
Name and date of diagnosis:.....	اسم وتاريخ التشخيص:
When was the last attack:.....	متى كانت اخر أزمة صحية:
Treating Hospital/ Medical Center Name:.....	اسم المستشفى أو المركز الصحي المعالج:
Treating Dr. Name:.....	اسم الطبيب المعالج:
Is the student taking any regular medications: Yes ☐ No ☐	هل يتناول الطالب/ة أي أدوية بشكل منتظم نعم ☐ لا ☐
Medications Names and dosages details:	أسم الدواء: كمية وعدد الجرعات
Recommended Medications in case of emergency:	الأدوية الموصى بها في حالة الطوارئ:
Special precautions related to food:	احتياطات محددة من قبل الطبيب تتعلق بالتغذية:
Special precautions related to sport:	احتياطات محددة من قبل الطبيب تتعلق بالرياضة:
Recommendations from physician/ to be done during the school day:	توصيات محددة من قبل الطبيب لمرض/ممرضة المدرسة للقيام بها أثناء اليوم الدراسي:

Kindly attach copy of the Emirates ID of the Student and a medical report regarding any health problems. Parents are responsible for informing the school nurse of any change in the health condition and providing the necessary medical reports or contact with school nurse whenever it is necessary.

ملاحظة: يرجى ارفاق صورة من بطاقة الهوية الإماراتية وتقرير طبي عن أي مشاكل صحية. يتحمل أولياء الأمور مسؤولية إبلاغ ممرض/ة المدرسة عند حدوث أي تغيير يطرأ في الحالة الصحية وتزويده بالتقارير الطبية اللازمة أو التواصل مع ممرض/ة المدرسة عند الضرورة.

If any further queries, please contact the school nurse. Clinic Tel:

في حال وجود أي استفسار الرجاء الاتصال بممرض/ة المدرسة. رقم العيادة:

.....

.....

Nurse's Name-اسم الممرض/ة:.....

ID:الرقم الوظيفي/.....

Name of Parent/ Guardian:

اسم ولي الامر:

Relation to Student:

القربة للطالب/ة:

Parent/ Guardian Signature:

توقيع ولي الأمر:

Contact Number:

رقم الهاتف:

Date:

التاريخ: