

قوتابخانین گشتی بین میترول نهشقل- پروگرامین بهشتی تهندرۆستی بی قوتابخانین میترۆ

STUDENT HEALTH HISTORY

Dear Parent: دهیک و بابین هیژا:

میژووا تهندرۆستییا قوتابی

This Health History form will be used to identify and assist students with health problems. Participation is voluntary.

Please return completed forms to the school to be provided to the school nurse.

ئەف فورما میژووا تهندرۆستی دئ هیتە بکارئینان بو هاریکاریکرنا وان قوتابیان بین کیشین تهندرۆسی ههین. بهشداریکرنزی خوبهخشینه. تکایه فی فورمی داگره و بزفرینه بو قوتبخانی دا بدمینه پهرستارا قوتابخانی

Student's Name _____ Sex _____ Birth Date _____
(Last) (First) (Middle) رەگەر روژ ژ دایکبوون

Teacher / Homeroom name: _____ Grade Level: _____
ناقی ژوورا قوتابخانی /مامۆستا ناستی قوتاغی

Address _____
ئەدرەس

Parent/Legal Guardian _____
دهیک و باب/سەرپهرشتیار

Parent/Contact Number(s): _____ or _____
تێلهفونا دهیک و باب یان سەرپهرشتیارێ زارۆکی

*Please provide contact numbers in case information on this form needs further verification/explanation. Thank you.

*تکایه ژمارین تێلهفونێ دابین بکه نهگەر مه پساير مک یان تیبینییک ههبییت دا ئەم پهوندی بته بکهین، سوپاس

1) Name of Provider _____ Date of last check-up _____
ناقی نوژداری دوماهیك روژا پشکینیا زارۆکی

Purpose of examination (check one): Routine physical _____ Illness/Surgery _____
(ئیکێ دهستتیشان بکه) پشکینیا روئین نهخۆشی/نشتهرگهری دیارک بکه (Specify)

2) Does your child have a health problem? (check where appropriate)
ئەری زارۆکی ته کیشین ساخلمی هههه؟ ئەوا درست ههلیژیره

My child has no health problems which would affect his/her school day.
زارۆکی من ههچ کیشین ساخلمی نین کۆکار یگهری لسهر خاندانا وی بکەن ل قوتابخانی

Allergies to (Nuts, Bees, Food, Other please list) _____ What happens?
زارۆکی ته حساسی ب (چەر زات، مێشین هنگفینی، خارنا، یان هند ههیه، تکایه دیار بکه) چه رووددهت؟

Is epinephrine prescribed? Yes _____ No _____
ئەدرینالین بو هاتیه نفیسین بەل نهخیر

Asthma, is inhaler prescribed? Yes _____ No _____ Home only? _____ Need at school? _____
چههه هاتیه بکارئینان لسا لا بووری؟ پینقی یه ل قوتابخانی؟ تهنه لمال؟

used in the last year? _____ Date of last asthma episode? _____
روژا دوماهیك جا هاتیه بکارئینان؟

Has your child gone to the hospital for asthma? Yes _____ No _____ When? _____ How long did they stay? _____
ئەو چههه ل نهخۆشخانی ما؟ کهنگی؟ نهخیر بهلی

Diabetes Type 1 _____ Type 2 _____ What medication taken? _____
جۆری ۱ ئیسا شهکری چه دهرمانا دخوت؟ جۆری ۲

Seizures - what type? _____ Date of last seizure? _____
چه جۆرەک؟ سەرە دوماهیك روژا سەرە؟

Is Diastat prescribed? Yes _____ No _____ Home only? _____ Need at school? _____
پینقیه ل قوتابخانی؟ تهنه لمال؟ نهخیر بهلی

Behavior/Emotional (ADHD, Dep) _____
روشت/ههستیاری (نهخۆشیا ههستکرن ب پیتهدانی، نهزووکی)

Catheterization _____
قههستهرا دلی

Cancer/Leukemia _____
پهههشیر/لوکیمییا

Sickle Cell Anemia _____
کیم خوینی

Heart Problems Which problem? _____ Date diagnosed? _____
دوماهیك روژا پشکینیی؟ چه کیشه؟ کیشین دلی

Is it resolved now? Yes _____ No _____ What are the exercise restrictions your doctor has told you?
ئەو چه راهینان نوژداری لته قهدهههکری؟ هاتیه چارمکرن؟ بهلی نهخیر

Any other condition you would like to tell us about _____
کیشهکا دی یان نهخۆشیهکا دی ته بقیت بیژی

3) Does your child take medication? _____ yes _____ no Name of medication(s): _____
 ئەر ئ زارۆكى ته دەرمانا دخوت؟ بهلى نەخىر ناقىن وان دەرمانا

Time of day medication is given: _____

ئەر دەمى رۆژى يى تو دەرمانا ددەبه زارۆكى

4) Has your child been in the hospital for any reason since birth? _____ yes _____ no If yes please explain: _____
 ھەرئ مندالى ته چوويه نەخۆشخانى بو ھەر ئەگەرئ بيت ھەر ژ رۆژا ژدايك بووى؟ بهلى نەخىر ئەگەر بهلى، دياركه

5) Is there anything more about your child's health that you think is important for us to know? _____
 ئەرئ ئشتەكى دى يى ھەيه دەر بارەى ساخلمەيا زارۆكى ته كۆ يى گرنگ بيت و دققت ئەم بز انين؟

Parent's Signature ۋاژووا دەيك ۋ باب

Date رۆژ ۋ بەروار