



Health and Wellness Services

1200 South Barr Street • Fort Wayne, IN 46802 • Phone: 260.467.1080 • Fax: 260.467.2862

ASTHMA Parent-Physician Information

မိဘအကြောင်းအရာ

ကျောင်းသားအမည် _____ အတန်း _____ မွေးနေ့ _____ ကျောင်း _____ အခန်း# _____

မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူအမည် _____ နေ့ခင်း-ဖုံး# _____ ဆဲလ်ဖုံး _____

အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရမည့်ဖုံး #၁။ _____ တော်စပ်ပုံ _____ နေ့ခင်း-ဖုံး# _____ ဆဲလ်ဖုံး _____

အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရမည့်ဖုံး # ၂။ _____ တော်စပ်ပုံ _____ နေ့ခင်း-ဖုံး# _____ ဆဲလ်ဖုံး _____

မိဘားစုဆရာဝန် _____ ဖုံး# _____ ရင်ကြပ်ရောဂါဆရာဝန်အမည် _____ ဖုံး# _____

သွားချင်သည့်ဆေးရုံ လူသာရင် (W. Jefferson) ဂျန်ဇာဆင် လူသာရင် (Dupont-ဒူပွန်) ပတ်ဗျူး (မြောက်) ပတ်ဗျူး (ရင်ဒဲလီရား) စိန့်ဂျိုး

အောက်ပါတို့မှရင်ကြပ်ခြင်းကိုဖြစ်စေသည့် အချက်များကို ရွေးပါ-ထိုအချက်များအားလုံးဖြစ်လျှင်အားလုံးကိုရွေးပါ

- တိရစ္ဆာန်များ လေ့ကျင့်ခန်း အေးလွန်း/ပူလွန်းခြင်း အအေးများ/တုတ်ကျေး ပန်းဝတ်မှုန်များ မီးခိုး _____ နှင့်မတူပါ
- အခြား _____

ရင်ကြပ်ရောဂါရာဇဝင်-

ရောဂါစတင်သည့်အသက် _____ နောက်ဆုံးရင်ကြပ်ဆရာဝန်ထံသို့သွားခဲ့သည့်နေ့စွဲ _____ ရင်ကြပ်သောကြောင့်ကျောင်းပျက်ခဲ့သည့်ရက်ပေါင်း _____
ပြီးခဲ့သောနှစ်က၊ သင့်ကလေးရင်ကြပ်၍ဆေးရုံတက်ခဲ့ရသည့်ရက်ပေါင်း? _____ အရေးပေါ်ဌာနသို့သွားခဲ့ရသည့်အကြိမ်စုစုပေါင်း? _____

သင့်ကလေးရင်ကြပ်ရောဂါအတွက်နံပါတ်တခုကရိုင်းပါ (မဆိုးပါ) ၁ ၂ ၃ ၄ ၅ ၆ ၇ ၈ ၉ ၁၀ (အဆိုးဆုံး)

ကျနော်/မတို့ကလေးသည်ရှုဆေးပေးအသုံးပြုနည်းကို သိသည် မသိပါ ကလေးသည်(spacer)နှင့်ရှုဆေးပေးသုံးနည်းကို သိသည် မသိပါ တပတ်ကိုရှုဆေးပေးသုံးသည့်အကြိမ်အရေအတွက် _____

နေ့စဉ်ရင်ကြပ်/အလာဂျီကို(ထိန်းချုပ်)နိုင်သည့်ဆေး- သင့်ကလေးရင်ကြပ်ရောဂါကို နေ့စဉ် ကြိုတင်ကာကွယ်ရန်နှင့်ထိန်းချုပ်ရန်မည်သည့်ဆေးကိုသောက်ရသလဲ?

ဆေးအမည်များ	သောက်ရသည့်အရေအတွက်/အကြိမ်	သောက်ရမည့်အချိန်
၁။		
၂။		

အရေးပေါ်သောက်သုံးရမည့် ဆေး- သင့်ကလေး၏ အလာဂျီ/ရင်ကြပ်ရောဂါ ရုတ်တရက်ဖြစ်လာလျှင်မည်သည့်ဆေးကိုသောက်သုံးရမလဲ?

ဆေးအမည်များ	သောက်ရသည့်အရေအတွက်/အကြိမ်	သောက်ရမည့်အချိန်
၁။		
၂။		

လေ့လာရေးခရီးများနှင့်အပြင်တွင်ပြုလုပ်သည့်လှုပ်ရှားဆောင်ရွက်မှုများတွင်အောက်ပါဆေးကိုညွှန်ကြားချက်အတိုင်းသုံးပါ

၁။	၂။
----	----

ကျောင်းသားနှင့်အတူလုပ်ကိုင်နေရသောသင့်တော်သည့်ဝန်ထမ်းများကိုဤအခြေခံအကြောင်းအရာ(အစီအစဉ်)များကိုသိရန်ပေးပို့ရန်ကျနော်/မသဘောတူသည်။ ကျနော်/မ၏ကလေးခံစားရသော ထိခိုက်မှု/ဒဏ်ရာရခြင်းအတွက်တာဝန်ရှိသည့်ဖွဲ့စည်းကော်မရှုထိကျောင်းမြို့နယ်နှင့် ၎င်းနှင့်ဆောင်ရွက်သူအေးဂျင့်များဝန်ထမ်းများ၊ အုပ်ချုပ်သူများ၏တာဝန်အရတောင်းခံမှုကိုသဘောတူသည်။ ကျနော်/မတို့ကလေးကိုဆေးကုသမှုပေးရန်၊ မိဘားစုဆရာဝန်နှင့် ဆက်သွယ်ရန်၊ ကျောင်းမှသူနာပြုအားခွင့်ပြုချက်ကိုသဘောတူသည်။ ကုသမှုအစီအစဉ်အပြောင်းအလဲရှိပါကကျနော်/မတို့ကိုစာဖြင့်အသိပေးရန်ကိုလဲသဘောတူသည်။

မိဘလက်မှတ် _____ နေ့စွဲ _____



Health and Wellness Services

1200 South Barr Street • Fort Wayne, IN 46802 • Phone: 260.467.1080 • Fax: 260.467.2862

ASTHMA Parent-Physician Information

PHYSICIAN INFORMATION *This section is only to be filled out by the health care provider and is only necessary for the special circumstances listed below.*

Student Name _____ D.O.B. _____

This student has a diagnosis of asthma and will require the following modifications to the school day to ensure his/her safety and wellbeing.

Student will need emergency asthma medications for the following symptoms

- on demand before activity coughing difficulty breathing chest tightness wheezing has a peak flow reading at or below _____
- may repeat medication dose x1 if no improvement Other _____

EMERGENCY ASTHMA MEDICATIONS TO BE USED AT SCHOOL

MEDICATION	AMOUNT	FREQUENCY	MAY REPEAT DOSE	SPECIAL DIRECTIONS
1.				
2.				

Student uses a peak flow meter.

Students tests peak follow daily at school only when symptomatic special directions for interventions

Student requires modifications for gym class

use inhaler before activity no gym class under the following circumstances

Student requires modifications for outdoor recess -

use inhaler before activity no outdoor recess under the following circumstances

Student may carry own inhaler and administer without supervision while at school

Other modifications _____

Physician Signature _____ Date _____