

براہ مہربانی اس فارم کو مکمل نہ کریں، یہ فارم صرف بطور حوالہ استعمال کرنے کے لیے ہے۔

(1) اسکول کا دفتر صحت

(SH-10 Form) اسکول فارم برائے صحت

- (2) اسکول
(3) تاریخ
(4) عزیز والدین / سرپرست برائے
(5) کلاس
(6) تاریخ پیدائش
(7) موضوع: طبی کمرے میں معائنہ
(8) OSIS
(9) کیا آپ کے بچے کا _____ بجے صبح / شام طبی کمرے میں ذیل کے لیے معائنہ کیا گیا تھا:
(a) خراش
(b) ٹیس / درد
(c) ایلرجی کی علامات
(d) آنکھیں: خارش اور / سرخ / آبدیدہ
(e) ناک: خارش اور / ناک بہنا / بند ہونا / چھینکیں
(f) حلق: خارش دار / خارش اور
(g) کٹنا
(h) چلد کا کٹنا
(i) کھانسی / زکام
(j) کان میں درد: دایاں / بائیں
(k) آنکھ: دائیں / بائیں
(l) نظر کا مسئلہ: دائیں / بائیں
(m) بخار: _____ °F
(n) سر درد / چکر آنا
(o) متلی / الٹی
(p) ناک سے خون بہنا
(q) درد
(r) دانے
(s) چلد: خارش اور / خشک / سوزش
(t) گلے کی سوزش
(u) پیٹ میں درد
(v) تھکاوٹ / تھکن
(w) دانت میں درد
(x) شدید چوٹ یا دباؤ
(y) دیگر (وضاحت کریں):

(10) فراہم کردہ علاج:

- (a) برف کا پیک
(b) بینڈ ایڈ
(c) تھنڈی پٹی
(d) کھانا / سنیک
(e) خون کے بہاؤ کو روکنے کے لیے دباؤ
(f) متاثر جگہ کو صابن اور پانی سے دھویا
(g) پتلی خوراک: پانی / جوس

(11) تجاویز:

- (a) ایک تشخیص کے لیے برائے مہربانی ڈاکٹر / نندان ساز سے رجوع کریں
(b) گھر پر رکھیں جب تک 24 گھنٹے تک کے لیے بخار نہ ہو
(c) گھر پر رکھیں جب تک آنکھوں سے مواد بہنا بند ہو جائے
(d) گھر پر رکھیں جب تک 24 گھنٹے کے لیے الٹی آنا بند ہو جائے
(e) والدینی رابطے کے لیے اپنے ہنگامی صورت کے کارڈ میں تجدید کریں (ہم آپ سے رابطہ کرنے کے قابل نہیں ہیں)
(f) نئے داخلے کے جسمانی معائنے (CH205) کو جمع کروائیں

(12) تشخیص کے لیے براہ کرم اپنے طبی نگہداشت فراہم کنندہ سے رابطہ کریں:

- (a) اگر آپ کا بچہ سر درد، چکر آئے، متلی اور / یا غنودگی کی شکایت کرتا ہے
(b) اگر بے آرامی کی جگہ سوجھ جاتی ہے اور / یا درد بڑھ جاتا ہے
(c) اگر درد اور / یا صورت حال جاری رہتی ہے

(13) اضافی تبصرات:

(15) ٹیلیفون:

(14) ذیل نے معائنہ کیا تھا [تام اور عہدہ]

اس فارم کے ترجمے میں مدد کے لیے، براہ مہربانی <http://tinyurl.com/DOEHealthServices> پر جائیں، اپنے اسکول سے رابطہ کریں یا ایک خودکار ترجمے کا ٹول استعمال کریں۔