



จดหมายถึงบิดามารดาขอให้กรอกแบบฟอร์มขอความช่วยเหลือดูแล
สุขภาพของบุตรที่โรงเรียน

Letter to parents requesting completion of *Request for support at
school of a student's health condition*

เรียนบิดาหรือมารดาหรือผู้ดูแล

ท่านเคยกล่าวว่าเด็กของท่านมีปัญหาสุขภาพที่ต้องการความช่วยเหลือจากทางโรงเรียน ในขณะที่บทบาทสำคัญ
ของทางโรงเรียนคือการให้การศึกษา แต่เราก็ต้องการร่วมมือกับท่านเพื่อช่วยให้เด็กของท่านมีสุขภาพดีและปลอดภัย
ที่โรงเรียน

โปรดกรอกแบบฟอร์มขอความช่วยเหลือดูแลสุขภาพของนักเรียนที่แนบมาด้วยเป็นภาษาอังกฤษ
(*Request for support at school of a student's health condition*) และส่งคืนให้ข้าพเจ้า

แบบฟอร์มนี้ควรกรอกข้อมูลตามที่ได้จากแพทย์ของท่าน (ท่านอาจต้องการปรึกษาเรื่องข้อมูลที่โรงเรียนต้องการ
กับแพทย์ของท่าน) แบบฟอร์มนี้มีส่วนที่ท่านสามารถขอร้องให้โรงเรียนให้ยาตามที่แพทย์สั่ง และหรือความช่วยเหลือ
เหลืออย่างอื่น

เมื่อข้าพเจ้าได้รับการขอความช่วยเหลือจากท่าน ข้าพเจ้าจำเป็นต้องปรึกษากับเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนที่เกี่ยวข้อง
และข้าพเจ้าจะติดต่อกับท่านอีก

โปรดแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบเมื่อใดก็ตามที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลเรื่องความจำเป็นในการดูแลสุขภาพบุตรของ
ท่าน หรือถ้าข้าพเจ้าจะช่วยเหลือท่านได้

ในกรณีที่ท่านต้องการความช่วยเหลือติดต่อกับโรงเรียน โปรดโทรศัพท์ติดต่อบริการลမ်းทางโทรศัพท์หมายเลข 131 450
และขอลามภาษาของท่าน ลามจะติดต่อกับทางโรงเรียนและคอยช่วยเหลือท่านพูดจากับโรงเรียนทางโทรศัพท์
ท่านไม่ต้องเสียเงินในการใช้บริการนี้

ขอแสดงความนับถือ

ชื่อครูใหญ่ _____

Name of Principal

ลายเซ็นครูใหญ่ _____

Signature of Principal

วันที่ _____

Date



ข้อมูลทั่วไป (General Information)

ชื่อเด็ก _____ วันเดือนปีเกิด _____
Name of Child Date of Birth

เข้าเรียนที่โรงเรียนนี้เมื่อ ใช่ (Yes) ไม่ (No) ถ้ากำลังเรียน เรียนชั้น _____
Class if enrolled

โรงเรียนปัจจุบัน ถ้ายังไม่เข้าเรียน _____
Current school if not enrolled

ข้อมูลของบิดาหรือมารดาหรือผู้ดูแลที่ติดต่อได้ (Parent/care contact information)

บิดาหรือมารดาหรือผู้ดูแล 1 / (Parent or carer 1)

ชื่อ _____
Name

ความสัมพันธ์กับเด็ก เช่นเป็นมารดา _____
Relationship to child

ที่อยู่ _____
Address

โทรศัพท์ที่บ้าน _____ โทรศัพท์ที่ทำงาน _____
Home phone Work phone

โทรศัพท์มือถือ _____
Mobile phone

บิดาหรือมารดาหรือผู้ดูแล 2 / (Parent or carer 2)

ชื่อ _____
Name

ความสัมพันธ์กับเด็ก เช่นเป็นมารดา _____
Relationship to child

ที่อยู่ _____
Address

โทรศัพท์ที่บ้าน _____ โทรศัพท์ที่ทำงาน _____
Home phone Work phone

โทรศัพท์มือถือ _____
Mobile phone

รายละเอียดของแพทย์ที่ติดต่อได้ (Medical practitioner contact)

ชื่อ _____
Name of medical practitioner

ที่อยู่ _____
Address of medical practitioner

โทรศัพท์ _____
Phone

อาการที่คงดูแลรักษา/สุขภาพ (Health/medical condition) (โปรดอธิบาย)

อาการนี้อาจมีผลให้เกิดเป็นเหตุฉุกเฉินได้ไหม? ได้ (Yes) ไม่ (No)

Could this condition result in an emergency situation occurring?

การขอร้องให้ดูแลให้ยาตามที่แพทย์สั่งแก่นักเรียน

Request to administer prescribed medication to the student

(หมายเหตุ: ถ้านักเรียนต้องกินยาตามที่แพทย์สั่งมากกว่าหนึ่งขนาน โปรดแนบใบขอร้องไปกับยาแต่ละขนาน)

ชื่อยาที่แพทย์สั่ง _____
Name of prescribed medication

ชื่ออาการที่เข้ารักษา _____
Name of medical condition the prescription is treating

ปริมาณยาที่ให้ _____
Prescribed dosage

ท่านจะขอให้โรงเรียนทำอะไรบ้าง? _____
What the school is being requested to do?

ต้องเก็บไว้ในที่พิเศษ เช่น ในตู้เย็นไหม? _____
Special storage requirements if any

คำสั่งพิเศษในการให้ยาตามแพทย์สั่ง เช่น ต้องให้พร้อมอาหาร หรือให้พร้อมดื่มน้ำ _____
Special instructions for administering the medication if any

จากข้อมูลที่ท่านได้รับจากแพทย์ หรือที่ท่านทราบเอง ท่านทราบว่าจะมีผลข้างเคียงจากยานี้ไหม? (Any side effects?)
 มี (Yes) ไม่มี (No) ถ้ามีโปรดให้ข้อมูลเพิ่มเติม _____
Information on side effects of medication, if any

ถ้าบุตรของท่านกินยาเองที่บ้าน ท่านจะขอให้บุตรกินยาเองที่โรงเรียนไหม? (Do you request that your child self administers?)
 ขอ (Yes) ไม่ (No) (หมายเหตุ: ครูใหญ่ต้องเป็นผู้อนุมัติการยินยอมให้เด็กกินยาเอง)
(Note: The Principal needs to approve a decision for a child to self administer.)

ถ้าบุตรของท่านกินยาเองที่บ้าน ท่านต้องช่วยเหลืออย่างไร? (โปรดอธิบาย)
Description of parental support of child's self administration, if any

ชื่อของผู้ที่จะนำยามาให้ที่โรงเรียน _____
Name of person who will carry the medication to school

การขอความช่วยเหลืออย่างอื่น (Request for other support)

ลายเซ็นของบิดาหรือมารดาหรือผู้ดูแล _____ วันที่ _____
Parent or carer signature Date

การเก็บเป็นความลับ (Privacy Notice)

การขอข้อมูลในแบบฟอร์มนี้เป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ทางโรงเรียนวางแนวทางให้ความช่วยเหลือตามความต้องการทางสุขภาพของบุตรของท่าน กระทรวงศึกษาธิการและการฝึกอบรมจะนำมาใช้จัดเตรียมวิธีการร่วมกับท่านเพื่อช่วยดูแลบุตรของท่านตามความจำเป็น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนี้เป็นไปตามความสมัครใจ ถ้าท่านไม่ให้ข้อมูลทั้งหมด หรือไม่ให้บางส่วน จะทำให้ความสามารถในการช่วยดูแลสุขภาพบุตรของท่านลดลง ข้อมูลที่ท่านให้จะถูกเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัย ท่านอาจขอแก้ไขข้อมูลส่วนตัวที่ไว้แล้วเมื่อใดก็ได้ โดยติดต่อกับครูใหญ่