





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 กระบวนการศึกษาและการฝึกอบรมจะนำมาใช้จัดเตรียมวิธีการร่วมกับท่านเพื่อช่วยดูแลบุตรของท่านตามความจำเป็น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนี้เป็นไปตามความสมัครใจ หากท่านไม่ให้ข้อมูลทั้งหมด หรือไม่ให้บางส่วน จะทำให้ความสามารถในการช่วยดูแลสุขภาพบุตรของท่านลดลง ข้อมูลที่ท่านให้จะถูกเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัย ท่านอาจขอแก้ไขข้อมูลส่วนตัวที่ไว้แล้วเมื่อใดก็ได้ โดยติดต่อกับครูใหญ่