



# CARROLL PREPARATORY PRIMARY & PRESCHOOL

## STUDENT INFORMATION ข้อมูลนักเรียน

STUDENT NAME ชื่อนักเรียน:	DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy) วัน เดือน ปี เกิด:
PARENT / GUARDIAN NAME(S) ชื่อผู้ปกครอง:	HEALTHCARE PROVIDER โรงพยาบาล:

## IMMUNIZATIONS

Attach a copy of the immunization record.

## PERTINENT ILLNESS, COMMUNICABLE DISEASES, RISKS, OR DEVELOPMENT PROBLEMS *Please check all that apply.*

<input type="checkbox"/> ALLERGIES อาการแพ้ <i>If yes, please list:</i>	<input type="checkbox"/> ASTHMA หอบหืด	<input type="checkbox"/> ATTENTION / LEARNING ภาวะการเรียนรู้
<input type="checkbox"/> BLEEDING DISORDER เลือดออกผิดปกติ	<input type="checkbox"/> CANCER/LEUKEMIA มะเร็ง	<input type="checkbox"/> CEREBRAL PALSY ภาวะทางสมอง
<input type="checkbox"/> CHICKEN POX <i>If yes, date:</i> อีสุกอีใส	<input type="checkbox"/> LEUKEMIA/มะเร็งเม็ดเลือดขาว	<input type="checkbox"/> DENTAL PROBLEMS ปัญหาเกี่ยวกับฟัน
<input type="checkbox"/> DIABETES เบาหวาน	<input type="checkbox"/> EMOTIONAL / BEHAVIORAL พฤติกรรม	<input type="checkbox"/> ENCOPRESIS ระบบขับถ่าย
<input type="checkbox"/> ENURESIS ปัญหาการขับปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> GENETIC DISORDERS ความผิดปกติทางพันธุกรรม	<input type="checkbox"/> HEART CONDITIONS ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ
<input type="checkbox"/> HEARING DISORDER ปัญหาการได้ยิน	<input type="checkbox"/> HEPATITIS โรคตับอักเสบ	<input type="checkbox"/> KIDNEY DISORDER ปัญหาเกี่ยวกับไต
<input type="checkbox"/> LEAD LEVEL ระดับตะกั่วในร่างกาย <i>If yes, test done: [ ] YES [ ] NO At risk: [ ] YES [ ] NO</i>	<input type="checkbox"/> OBESITY โรคอ้วน	<input type="checkbox"/> ORTHOPEDIC CONDITION ปัญหาด้านกระดูกและกล้ามเนื้อ
<input type="checkbox"/> PNEUMONIA ปอดบวม	<input type="checkbox"/> SEIZURE / CONVULSIONS โรคลมชัก	<input type="checkbox"/> SICKLE CELL ANEMIA โรคเกี่ยวกับเม็ดเลือดแดง
<input type="checkbox"/> SPEECH / LANGUAGE ปัญหาการพูด	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS วัณโรคปอด	<input type="checkbox"/> VISION การมองเห็น
<input type="checkbox"/> OTHER อื่น ๆ <i>If yes, please list:</i>		
<input type="checkbox"/> COMMENTS <i>If yes, please explain all that apply:</i>		

## PROVIDER INFORMATION

PROVIDER'S NAME:
PHONE:
ADDRESS:
PROVIDER'S SIGNATURE:
DATE: