



Allergy Information Sheet

ใบข้อมูลเกี่ยวกับโรคภูมิแพ้

Name of the Child _____ Nickname _____

ชื่อนักเรียน

ชื่อเล่น

Home Phone _____ Emergency No. _____

เบอร์โทรศัพท์บ้าน

เบอร์โทรศัพท์กรณีฉุกเฉิน

Physician Name _____ Physician Phone _____

ชื่อแพทย์

เบอร์โทรศัพท์แพทย์

Allergiesอาการแพ้

(If allergies are more extensive, please make separate listหากมีอาการแพ้หลายอย่าง โปรดระบุอาการแยกต่างหาก)

Indications of Onset of Allergic Reaction _____

แจ้งอาการเริ่มต้นที่บ่งชี้ถึงอาการแพ้

Actions to be taken at Onset of Reaction _____

สิ่งที่ควรทำเมื่อมีอาการบ่งชี้

Actions to be taken if Reaction Considered Serious by Staff _____

สิ่งที่ควรทำโดยเจ้าหน้าที่เมื่อมีอาการขั้นรุนแรง

Individuals to be contacted in the event of a serious allergic reaction or medical problem:

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเกิดอาการแพ้อย่างรุนแรง

Name ชื่อ

Phone เบอร์โทรศัพท์

1. _____

2. _____

3. _____

If we consider the situation serious, we have the permission to take your child to the hospital and give consent for emergency care. หากทางโรงเรียนเห็นว่านักเรียนเกิดอาการแพ้ที่รุนแรง ทางโรงเรียนจะนำบุตรหลานของท่าน

ส่งโรงพยาบาลเป็นการด่วนเพื่อให้บุตรหลานของท่านได้รับการดูแลอย่างทันที่

Signatureลายเซ็น _____

Date วันที่ _____

Nameชื่อ _____