

HEALTH CHECK-UP FORM

BIỂU MẪU KIỂM TRA SỨC KHỎE

This form must be submitted to VFIS prior to school attendance/ Biểu mẫu này phải được nộp lại cho VFIS trước ngày bắt đầu học
Please provide sufficient health information about your child(ren) for VFIS healthcare staff to handle all healthcare services in a
timely manner/ Quý phụ huynh vui lòng cung cấp đầy đủ thông tin sức khỏe về con bạn, nhằm giúp cán bộ y tế của trường xử lý kịp
thời, đảm bảo tốt công tác chăm sóc sức khỏe đối với học sinh.

FOR PARENTS/ DÀNH CHO PHỤ HUYNH

STUDENT INFORMATION/ THÔNG TIN HỌC SINH

| Full name/ Họ tên học sinh | Preferred Name/ Tên thường gọi | Date of birth/ Ngày sinh | Gender/ Giới tính | Nationality/ Quốc tịch |
|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------|
| | | | | |

Health insurance information/ Bảo hiểm sức khỏe:

| | |
|----------------------------|-----------------------------|
| Company name/ Tên công ty: | Policy number/ Số bảo hiểm: |
|----------------------------|-----------------------------|

PARENTS INFORMATION/ THÔNG TIN PHỤ HUYNH

| | Full name/ Họ tên phụ huynh | Phone number/ Số điện thoại | Email |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Father/ Cha | | | |
| Mother/ Mẹ | | | |
| Guardian/ Người giám hộ | | | |

Notes: In cases of significant allergies, chronic or serious illness requiring emergency medications or the nurse's attention, parents should schedule an appointment to meet the school nurse (Email: nurse@vfis.tdtu.edu.vn. Phone: (028) 37 755 110 Ext: 193).

Trường hợp dị ứng đặc biệt, bệnh mãn tính hoặc bệnh lý nghiêm trọng cần dùng thuốc khẩn cấp hoặc chú ý của y tế, phụ huynh vui lòng đặt lịch hẹn để gặp bộ phận y tế trường (Email: nurse@vfis.tdtu.edu.vn. Điện thoại: (028) 37 755 110 Ext: 193)

MEDICAL EMERGENCY AUTHORIZATION/ ỦY QUYỀN TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP

1. I authorize VFIS to refer my child to one of three hospitals including Nam Sai Gon Hospital, FV Hospital or District 7 Hospital (Reason: they are close by and equipped with full facility for emergency) for urgent treatment in case the above emergency contacts cannot be reached. I shall bear financial responsibility for any such treatment.

2. Permission for minor illness/medication: Ibuprofen; Efferalgan, Hapacol; Paracetamol.

3. I confirm to provide the information on this form is accurate and I am responsible for all the listed information and inform the school in writing of any changes to the information given in this form. (E.g. changes of personal email address, telephone number, physical condition or medications.)

1. Trong trường hợp khẩn cấp và không liên lạc được với phụ huynh, VFIS được phép đưa học sinh đến 1 trong 3 bệnh viện sau để cấp cứu: Bệnh viện Nam Sài Gòn, Bệnh viện Pháp Việt và Bệnh viện Quận 7. (Lý do: các Bệnh viện này có đoạn đường đi phù hợp và đầy đủ điều kiện để thực hiện cấp cứu) và gia đình sẽ thanh toán mọi chi phí.

2. Trong những trường hợp cần thiết cho phép nhân viên y tế sử dụng các loại thuốc sau: Ibuprofen; Efferalgan, Hapacol; Paracetamol.

3. Tôi xác nhận thông tin cung cấp trong phiếu sức khỏe là chính xác và tôi chịu trách nhiệm về tất cả thông tin được liệt kê ở đây và sẽ thông báo cho nhà trường bằng văn bản nếu có bất kỳ thay đổi nào đối với thông tin được cung cấp trong mẫu đơn này. (Ví dụ: thay đổi địa chỉ email cá nhân, số điện thoại, tình trạng sức khỏe, hoặc việc sử dụng thuốc.)

Date/ Ngày.....Month/ Tháng.....Year/ Năm.....

Fullname/ Họ và tên

Signature/ Chữ ký

STUDENT HEALTH HISTORY/ LÝ LỊCH SỨC KHỎE

| Infectious disease history/ Tiền sử bệnh (ghi cụ thể) | YES | NO | Doctor's diagnosis/ Chẩn đoán của bác sĩ | YES | NO |
|---|-----|----|--|-----|----|
| Heart disease/ Bệnh tim | | | Vision problem/ Vấn đề thị giác | | |
| Asthma/ Hen suyễn | | | Hearing loss/ Mất thính lực | | |
| Seizure disorder/ Rối loạn co giật | | | Lungs/ Phổi | | |
| Diabetes/ Đái tháo đường | | | Liver/ Gan | | |
| Measles/ Bệnh sởi | | | Cancer/ Ung thư | | |
| Musculo-skeletal system/ Các cơ xương khớp khác | | | Kidneys - urinary system/ Thận-Tiết niệu | | |
| Neurotic - Mental/ Thần kinh-Tâm thần | | | Chronic infection/ Nhiễm trùng mãn tính | | |
| | | | Other physical examination/ Khám lâm sàng khác | | |

Serious illnesses/ operations/ injuries/ disabilities (Please specific)/ Bệnh nghiêm trọng/phẫu thuật/khuyết tật (vui lòng nêu cụ thể)

| |
|--|
| |
| |
| |

Allergies (to food, medicine, insect stings or environment)/ Dị ứng (đồ ăn, thuốc, côn trùng, môi trường)

| |
|--|
| |
| |
| |

**Medications taken regularly (including prescription and over the counter medications)/ Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không ?
Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng (theo chỉ định của bác sĩ); (kèm theo bản photo toa thuốc).**

| Medication/ Thuốc | Dosage/ Liều lượng | Diagnosis/ Chẩn đoán | Frequency/ Thời gian |
|-------------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

IMMUNISATION HISTORY/ LÝ LỊCH TIÊM CHỦNG

Please review and transcribe dates of immunisations from immunisation records and include a copy of immunisation book records
Vui lòng xem xét và ghi chú ngày tiêm chủng và kèm theo sổ photo tiêm chủng

| Vaccine/ Loại vắc xin | Immunization/ Tình trạng tiêm/uống vắc xin | | |
|--|--|----|---------------------------------------|
| | YES | NO | Date of immunization/ Ngày tiêm chủng |
| BCG Polio (OPV/IPV)/ Lao | | | |
| DTC/ Bạch hầu, ho gà, uốn ván | | | |
| Polio/ Bại liệt | | | |
| Measles/ Sởi | | | |
| Rubella/ Sởi Rubella | | | |
| Mumps/ Quai bị | | | |
| Chickenpox/ Thủy đậu | | | |
| Hepatitis B/ Viêm gan siêu vi B | | | |
| Hepatitis A/ Viêm gan siêu vi A | | | |
| Japanese B encephalitis Viêm não Nhật Bản B | | | |
| Meningitis/ Viêm màng não | | | |
| Rabies/ Bệnh Dại | | | |
| Typhoid/ Thương hàn | | | |
| Other (Clarify)/ Khác (ghi rõ) | | | |

FOR MEDICAL DOCTOR/ DÀNH CHO BÁC SĨ

PHYSICAL EXAMINATION/ KIỂM TRA THỂ CHẤT

| | | | | | |
|------------------------------|--|----------------------------|--|------------------------|--|
| Height Chiều cao | | Weight Cân nặng | | B.M.I percentile | |
| Blood group Nhóm máu | | Blood Pressure Huyết áp | | Heart rate Nhịp tim | |
| Vision acuity Thị lực | | Right eye Mắt phải | | Left eye Mắt trái | |
| Hearing acuity Thính giác | | Right ear Tai phải | | Left ear Tai trái | |

| | Normal Bình thường | Abnormal Không bình thường | Comments on abnormalities Không bình thường như thế nào? |
|--|-----------------------|-------------------------------|---|
| Neurological/ Thần kinh | | | |
| Cardiology/ Tim mạch | | | |
| Respiratory/ Hô hấp | | | |
| Musculo-skeletal system Hệ thống cơ xương | | | |
| Gastrointestinal/ Tiêu hóa | | | |
| E.N.T (Ear-Nose-Throat) Tai mũi họng | | | |
| Blood disorders/ Rối loạn máu | | | |
| Head Lice/ Chấy rận | | | |
| Others/ Khác | | | |

| Recommendations for Physical Education activities Các hoạt động thể dục thể thao nên tham gia | YES | NO | REASON/ LÝ DO |
|--|-----|----|---------------|
| Competitive activities/ Hoạt động thi đua thể chất | | | |
| Regular activities/ Hoạt động thường xuyên | | | |
| Restricted activities/ Hoạt động không nên tham gia | | | |

Date of examination/ Ngày khám.

Physician's name in print/ Tên bác sĩ.

Physician's address & Tel/ Địa chỉ nơi khám & SĐT.

Physician's signature & Stamp/ Chữ ký & con dấu.

IMMUNISATION HISTORY/ LÝ LỊCH TIÊM CHỦNG

VFIS Immunisation requirements base on Schedule as below & the copy of immunisation history/ Đăng kí về tiêm chủng dựa trên lịch như sau và kèm theo sổ photo tiêm chủng

| No/ STT | Vaccination/ vắc xin sử dụng | Age/ Tuổi của trẻ |
|---------|--|--|
| 1 | Hepatitis B (Hep B). BCG (for tuberculosis) Tiêm vắc xin Viêm gan B (VGB). Tiêm vắc xin BCG Phòng bệnh lao | At birth/ Sơ sinh |
| 2 | Diphtheria, Tetanus Pertussis (DTaP). Hoemophilus influenza type B (Hib) (five in one - 1st vaccination). Take 1st polio vaccine Tiêm vắc xin bạch hầu-ho gà-uốn ván-viêm gan B-Hib mũi 1 mũi 1 (vắc xin 5 trong 1). Uống vắc xin bại liệt lần 1 | 2 months/ 02 tháng |
| 3 | Diphtheria, Tetanus Pertussis Hoemophilus influenza type B (Hib) (five in one - 2nd vaccination). Take 2nd polio vaccine Tiêm vắc xin bạch hầu-ho gà-uốn ván-viêm gan B-Hib mũi 1 mũi 2 (vắc xin 5 trong 1). Uống vắc xin bại liệt lần 2 | 3 months/ 03 tháng |
| 4 | Vaccination for Diphtheria, Tetanus Pertussis Hoemophilus influenza type B (Hib) (five in one - 3rd vaccination). Take 3rd polio vaccine. Tiêm vắc xin bạch hầu-ho gà-uốn ván-viêm gan B-Hib mũi 3. Uống vắc xin bại liệt lần 3 | 4 months/ 04 tháng |
| 5 | Measles - 1st vaccination/ Tiêm vắc xin sởi mũi 1 | 9 months/ 09 tháng |
| 6 | Diphtheria, Tetanus Pertussis - 4th vaccination. Rubella MMR Tiêm vắc xin bạch hầu-ho gà-uốn ván mũi 4. Tiêm vắc xin sởi-rubella (MR) | 18 months/ 18 tháng |
| 7 | Japanese encephalitis - 1st vaccination Japanese encephalitis - 2nd vaccination (2 weeks after 1st shot) Japanese encephalitis - 3rd vaccination (1 year after 2nd shot) Vắc xin Viêm não Nhật Bản mũi 1 Vắc xin Viêm não Nhật Bản mũi 2 (hai tuần sau mũi 1) Vắc xin Viêm não Nhật Bản mũi 3 (một năm sau mũi 2) | From 12 months/ Từ 12 tháng tuổi |
| 8 | Rotavirus (2nd vaccination after 2 weeks) Vắc xin Tả 2 lần uống (lần 2 sau lần một 2 tuần) | From 2 to 5 years old/ Từ 2 đến 5 tuổi |
| 9 | Vaccine for Typhoid - only one time vaccination Vắc xin Thương hàn tiêm 1 mũi duy nhất | From 3 to 10 years old/ Từ 3 đến 10 tuổi |

ADMISSIONS OFFICE OF VIETNAM - FINLAND INTERNATIONAL SCHOOL - VFIS

VĂN PHÒNG TUYỂN SINH TRƯỜNG QUỐC TẾ VIỆT NAM - PHẦN LAN

Hotline: 0903 996 232 - 0944 514 477

01, D1 Street, Tan Phong Ward, District 7, Ho Chi Minh City

(inside Ton Duc Thang University Campus, 19 Nguyen Huu Tho Street,

Tan Phong Ward, District 7, Ho Chi Minh City)

01, Đường D1, Phường Tân Phong, Quận 7, TP.HCM

(trong khuôn viên Trường Đại học Tôn Đức Thắng, số 19 Nguyễn Hữu Thọ,

Phường Tân Phong, Quận 7, TP.HCM)

VFIS Vietnam
Finland
International
School

admissions@vfis.tdtu.edu.vn

www.facebook.com/vfis.tdtu.edu.vn

www.youtube.com/VFISchannel