



Bureau of Community Health Systems
Division of School Health

Private or School PHYSICAL EXAMINATION OF SCHOOL AGE STUDENT

PARENT / GUARDIAN / STUDENT:
Complete page one of this form before
student's exam. Take completed form to
appointment.

Student's name _____ Today's date _____

Date of birth _____ Age at time of exam _____ Gender: Male Female

Medicines and Allergies: Please list all prescription and over-the-counter medicines and supplements (herbal/nutritional) the student is currently taking:

Does the student have any allergies? No Yes (If yes, list specific allergy and reaction.)

Medicines Pollens Food Stinging Insects

Complete the following section with a check mark in the YES or NO column; circle questions you do not know the answer to.

GENERAL HEALTH: <i>Has the student...</i>	YES	NO
1. Any ongoing medical conditions? If so, please identify: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infection Other _____		
2. Ever stayed more than one night in the hospital?		
3. Ever had surgery?		
4. Ever had a seizure?		
5. Had a history of being born without or is missing a kidney, an eye, a testicle (males), spleen, or any other organ?		
6. Ever become ill while exercising in the heat?		
7. Had frequent muscle cramps when exercising?		
HEAD/NECK/SPINE: <i>Has the student...</i>	YES	NO
8. Had headaches with exercise?		
9. Ever had a head injury or concussion?		
10. Ever had a hit or blow to the head that caused confusion, prolonged headache, or memory problems?		
11. Ever had numbness, tingling, or weakness in his/her arms or legs after being hit or falling?		
12. Ever been unable to move arms or legs after being hit or falling?		
13. Noticed or been told he/she has a curved spine or scoliosis?		
14. Had any problem with his/her eyes (vision) or had a history of an eye injury?		
15. Been prescribed glasses or contact lenses?		
HEART/LUNGS: <i>Has the student...</i>	YES	NO
16. Ever used an inhaler or taken asthma medicine?		
17. Ever had the doctor say he/she has a heart problem? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> Heart murmur or heart infection <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Kawasaki disease <input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> Other: _____		
18. Been told by the doctor to have a heart test? (For example, ECG/EKG, echocardiogram)?		
19. Had a cough, wheeze, difficulty breathing, shortness of breath or felt lightheaded DURING or AFTER exercise?		
20. Had discomfort, pain, tightness or chest pressure during exercise?		
21. Felt his/her heart race or skip beats during exercise?		
BONE/JOINT: <i>Has the student...</i>	YES	NO
22. Had a broken or fractured bone, stress fracture, or dislocated joint?		
23. Had an injury to a muscle, ligament, or tendon?		
24. Had an injury that required a brace, cast, crutches, or orthotics?		
25. Needed an x-ray, MRI, CT scan, injection, or physical therapy following an injury?		
26. Had joints that become painful, swollen, feel warm, or look red?		
SKIN: <i>Has the student...</i>	YES	NO
27. Had any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
28. Ever had herpes or a MRSA skin infection?		

GENITOURINARY: <i>Has the student...</i>	YES	NO
29. Had groin pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
30. Had a history of urinary tract infections or bedwetting?		
31. FEMALES ONLY: Had a menstrual period? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes: At what age was her first menstrual period? _____ How many periods has she had in the last 12 months? _____ Date of last period: _____		
DENTAL:	YES	NO
32. Has the student had any pain or problems with his/her gums or teeth?		
33. Name of student's dentist: _____ Last dental visit: <input type="checkbox"/> less than 1 year <input type="checkbox"/> 1-2 years <input type="checkbox"/> greater than 2 years		
SOCIAL/LEARNING: <i>Has the student...</i>	YES	NO
34. Been told he/she has a learning disability, intellectual or developmental disability, cognitive delay, ADD/ADHD, etc.?		
35. Been bullied or experienced bullying behavior?		
36. Experienced major grief, trauma, or other significant life event?		
37. Exhibited significant changes in behavior, social relationships, grades, eating or sleeping habits; withdrawn from family or friends?		
38. Been worried, sad, upset, or angry much of the time?		
39. Shown a general loss of energy, motivation, interest or enthusiasm?		
40. Had concerns about weight; been trying to gain or lose weight or received a recommendation to gain or lose weight?		
41. Used (or currently uses) tobacco, alcohol, or drugs?		
FAMILY HEALTH:	YES	NO
42. Is there a family history of the following? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> Anemia/blood disorders <input type="checkbox"/> Inherited disease/syndrome <input type="checkbox"/> Asthma/lung problems <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Behavioral health issue <input type="checkbox"/> Seizure disorder <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sickle cell trait or disease Other _____		
43. Is there a family history of any of the following heart-related problems? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> Brugada syndrome <input type="checkbox"/> QT syndrome <input type="checkbox"/> Cardiomyopathy <input type="checkbox"/> Marfan syndrome <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Ventricular tachycardia <input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> Other _____		
44. Has any family member had unexplained fainting, unexplained seizures, or experienced a near drowning?		
45. Has any family member / relative died of heart problems before age 50 or had an unexpected / unexplained sudden death before age 50 (includes drowning, unexplained car accidents, sudden infant death syndrome)?		
QUESTIONS OR CONCERNS	YES	NO
46. Are there any questions or concerns that the student, parent or guardian would like to discuss with the health care provider? (If yes, write them on page 4 of this form.)		

I hereby certify that to the best of my knowledge all of the information is true and complete. I give my consent for an exchange of health information between the school nurse and health care providers.

Signature of parent / guardian / emancipated student _____ Date _____

STUDENT'S HEALTH HISTORY (page 1 of this form) REVIEWED PRIOR TO PERFORMING EXAMINATION: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Physical exam for grade: K/1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	CHECK ONE			*ABNORMAL FINDINGS / RECOMMENDATIONS / REFERRALS
	NORMAL	*ABNORMAL	DEFER	
Height: () inches				
Weight: () pounds				
BMI: ()				
BMI-for-Age Percentile: ()%				
Pulse: ()				
Blood Pressure: (/)				
Hair/Scalp				
Skin				
Eyes/Vision Corrected <input type="checkbox"/>				
Ears/Hearing				
Nose and Throat				
Teeth and Gingiva				
Lymph Glands				
Heart				
Lungs				
Abdomen				
Genitourinary				
Neuromuscular System				
Extremities				
Spine (Scoliosis)				
Other				

TUBERCULIN TEST	DATE APPLIED	DATE READ	RESULT/FOLLOW-UP

MEDICAL CONDITIONS OR CHRONIC DISEASES WHICH REQUIRE MEDICATION, RESTRICTION OF ACTIVITY, OR WHICH MAY AFFECT EDUCATION
(Additional space on page 4)

Parent/guardian present during exam: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Physical exam performed at: Personal Health Care Provider's Office <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Date of exam _____ 20_____
Print name of examiner _____
Print examiner's office address _____ Phone _____
Signature of examiner _____ MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> PAC <input type="checkbox"/> CRNP <input type="checkbox"/>

HEALTH CARE PROVIDERS: *Please photocopy immunization history from student's record – OR – insert information below.*

IMMUNIZATION EXEMPTION(S):

Medical Date Issued: _____ Reason: _____ Date Rescinded: _____
 Medical Date Issued: _____ Reason: _____ Date Rescinded: _____
 Medical Date Issued: _____ Reason: _____ Date Rescinded: _____

NOTE: The parent/guardian must provide a written request to the school for a religious or philosophical exemption.

VACCINE	DOCUMENT: (1) Type of vaccine; (2) Date (month/day/year) for each immunization				
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (child) Type: DTaP, DTP or DT	1	2	3	4	5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (adolescent/adult) Type: Tdap or Td	1	2	3	4	5
Polio Type: OPV or IPV	1	2	3	4	5
Hepatitis B (HepB)	1	2	3	4	5
Measles/Mumps/Rubella (MMR)	1	2	3	4	5
Mumps disease diagnosed by physician <input type="checkbox"/>	Date: _____				
Varicella: Vaccine <input type="checkbox"/> Disease <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
Serology: (Identify Antigen/Date/POS or NEG) i.e. Hep B, Measles, Rubella, Varicella	1	2	3	4	5
Meningococcal Conjugate Vaccine (MCV4)	1	2	3	4	5
Human Papilloma Virus (HPV) Type: HPV2 or HPV4	1	2	3	4	5
Influenza Type: TIV (injected) LAIV (nasal)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
Haemophilus Influenzae Type b (Hib)	1	2	3	4	5
Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV) Type: 7 or 13	1	2	3	4	5
Hepatitis A (HepA)	1	2	3	4	5
Rotavirus	1	2	3	4	5
Other Vaccines: (Type and Date)					



ПРИВАТНИЙ АБО ШКІЛЬНИЙ
МЕДОГЛЯД
ДИТИНИ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

БАТЬКИ / ОПІКУНИ / УЧЕЊ:
Стор. 1 форми заповнюється перед проведенням
медогляду учня. Візьміть заповнений бланк форми
з собою на прийом.

Бюро громадської охорони здоров'я

Відділ шкільної охорони здоров'я

ПІБ учня _____

Сьогоднішня дата _____

Дата народження _____

Вік на момент огляду _____

Стать: Ч Ж

Лікарські препарати та алергія: Вкажіть усі рецептурні/безрецептурні препарати/БАДи (трав'яні/харчові), які наразі приймає учень:

Чи є в учня алергія? Ні Так (якщо «Так», вкажіть тип нижче)

Мед. препарати Пилок Їжа Укуси комах

Дайте відповідь «Так» або «Ні»; якщо ви не знаєте відповіді на запитання, просто обведіть його.

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я УЧЕЊ...	ТАК	НІ
1. Має хронічні захворювання? Якщо «Так», вкажіть які: <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Анемія <input type="checkbox"/> Діабет <input type="checkbox"/> Інф. захворювання Інше _____		
2. Був (-ла) госпіталізований (-а) довше ніж на 1 ніч?		
3. Переніс (-ла) хірург. втручання?		
4. Мав (-ла) судомні напади?		
5. Має вроджену/набуту відсутність нирки, ока, яєчка (у чоловіків), селезінки чи будь-якого іншого органу?		
6. Відчував (-ла) нездужання під час занять спортом у спеку?		
7. Відчував (-ла) часті м'язові судоми при фізнавантаженні?		
ГОЛОВА/ШИЯ/ХРЕБЕТ: УЧЕЊ...	ТАК	НІ
8. Відчував (-ла) головний біль при фізнавантаженні?		
9. Отримував (-ла) травму голови чи струс мозку?		
10. Отримував (-ла) травму голови, яка спричинила сплутаність свідомості, тривалий головний біль чи проблеми з пам'яттю?		
11. Відчував (-ла) оніміння, поколювання чи слабкість у руках/ногах після удару або падіння?		
12. Не міг (-ла) рухати руками/ногами після удару чи падіння?		
13. Помічав (-ла) у себе чи має діагност викривлення хребта/сколіоз?		
14. Мав (-ла) проблеми з очима (зором) чи травми очей?		
15. Учню прописано носіння окулярів / контактних лінз?		
СЕРЦЕ/ЛЕГЕНІ: УЧЕЊ...	ТАК	НІ
16. Користувався (-лась) інгалятором або приймав (-ла) ліки від астми?		
17. Має діагностовані порушення в роботі серця? Відзначте все, що підходить: <input type="checkbox"/> Шуми чи серцеві інфекції <input type="checkbox"/> Високий арт. тиск <input type="checkbox"/> Хвороба Кавасакі <input type="checkbox"/> Підвищений холестерин <input type="checkbox"/> Інше: _____		
18. Був (-ла) направлений (-на) лікарем на обстеження серця (ЕКГ, ехокардіограма тощо)?		
19. Відчував (-ла) напад кашлю, хрипи, утруднене дихання, задишку або запаморочення ПІД ЧАС або ПІСЛЯ фізнавантаження?		
20. Відчував (-ла) дискомфорт, біль, утруднення/тиск у грудях при фізнавантаженні?		
21. Відчував (-ла) приск. серцевиття/пропуски ударів серця при фізнавантаженні?		
КІСТКИ/СУГЛОБИ: УЧЕЊ...	ТАК	НІ
22. Мав (-ла) перелом/тріщину кістки/стресовий перелом/вивих суглоба?		
23. Травмував (-ла) м'язи, зв'язки чи сухожилля?		
24. Носив (-ла) биндаж, гіпс, милиці чи ортез після травми?		
25. Був (-ла) направлений (-на) на рентген, МРТ, КТ, ін'єкцію чи фізіотерапію після травми?		
26. Мав (-ла) біль, набряк, запалення суглобів, почервоніння шкіри навколо суглоба?		
ШКІРА: УЧЕЊ...	ТАК	НІ
27. Мав (-ла) висипання, пролежні чи інші проблеми зі шкірою?		
28. Мав(-ла) прояви герпесу або стафілококової інфекції (МРЗЗ)?		

УРОГЕНІТАЛЬНА СИСТЕМА: УЧЕЊ...	ТАК	НІ
29. Мав (-ла) болі, хворобливі опуклості або грижі у паховій ділянці?		
30. Має в анамнезі інфекції сечовивідних шляхів чи енурез?		
31. ТІЛЬКИ ДЛЯ ЖІНОЧОЇ СТАТІ: Менструація? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо «Так»: в якому віці почалася перша менструація? _____ Кількість менструацій за останні 12 місяців? _____ Дата початку останньої менструації: _____		
РОТОВА ПОРОЖНИНА:	ТАК	НІ
32. Учень страждає від болю чи проблем із зубами/яснами?		
33. ПІБ стоматолога: _____ Останній стоматологічний огляд: <input type="checkbox"/> менше 1 року <input type="checkbox"/> 1-2 роки <input type="checkbox"/> більше 2 років		
СОЦІАЛІЗАЦІЯ/НАВЧАННЯ: УЧЕЊ...	ТАК	НІ
34. Має проблеми з навчанням, розумову відсталість, порушення розвитку, когнітивні порушення, СДУ/гіперактивність тощо?		
35. Зазнавав (-ла) цькування/знуцань у школі?		
36. Пережив (-ла) горе, травму чи іншу значну подію?		
37. Демонстрував (-ла) зміни в поведінці, спілкуванні, успішності, звичках харчування/сну; відсторонення від членів сім'ї чи друзів?		
38. Відчував (-ла) тривогу, смуток чи агресію більшість часу?		
39. Демонстрував (-ла) втрату енергії, мотивації, інтересу чи ентузіазму?		
40. Турбується щодо своєї ваги: намагався (-ась) набрати вагу/схуднути або отримати рекомендації щодо набору ваги/схуднення?		
41. Вживав(-ла) (досі вживає) тютюн, алкоголь чи наркотики?		
СІМЕЙНИЙ АНАМНЕЗ:	ТАК	НІ
42. Чи є в сім'ї наступні захворювання? Відзначте все, що підходить: <input type="checkbox"/> Анемія/захворювання крові <input type="checkbox"/> Спадк. хвороби/синдроми <input type="checkbox"/> Астма/легенева н-ть <input type="checkbox"/> Ниркова н-ть <input type="checkbox"/> Порушення поведінки <input type="checkbox"/> Судоми <input type="checkbox"/> Діабет <input type="checkbox"/> Серповидноклітинна хвороба Інше _____		
43. Чи є в сім'ї наступні серцево-судинні захворювання? Відзначте все, що підходить: <input type="checkbox"/> Синдром Бругада <input type="checkbox"/> Синдром QT <input type="checkbox"/> Кардіоміопатія <input type="checkbox"/> Синдром Марф ана <input type="checkbox"/> Висок. артеріальний тиск <input type="checkbox"/> Шлуночкова тахікардія <input type="checkbox"/> Підвищений холестерин <input type="checkbox"/> Інше _____		
44. Чи спостерігались у когось із членів сім'ї раптова непритомність, судоми або випадки утоплення?		
45. Чи є в анамнезі випадки смерті членів сім'ї/родичів віком до 50 років від проблем з серцем або їхньої несподіваної/раптової смерті (включно з утопленням, ДТП без встановленої причини, синдромом раптової дитячої смерті)?		
ПИТАННЯ ТА ЗАУВАЖЕННЯ	ТАК	НІ
46. Чи є у батьків/опікунів/учнів питання або зауваження до постачальника медичних послуг, які вони хотіли б обговорити? (Якщо «Так», вкажіть їх на стор. 4)		

Я підтверджую, що, наскільки мені відомо, вищенаведена інформація є повною та достовірною. Я даю згоду на обмін інформацією про стан здоров'я учня між шкільною медичною сестрою і лікарями.

Підпис батьків / опікунів / дієздатного учня _____ Дата _____

ДО ПРОВЕДЕННЯ МЕДОГЛЯДУ БУЛО ПЕРЕГЛЯНУТО ІСТОРІЮ СТАНУ ЗДОРОВ'Я УЧНЯ (стор. 1 цієї форми): ТАК НІ

Медогляд для класу: K/1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/>	ВИБЕРІТЬ ОДНЕ			*АБНОРМАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ / РЕКОМЕНДАЦІЇ / НАПРАВЛЕННЯ
	НОРМА	*АБНОРМ. РЕЗ-Т	ВІДКЛАД.	
Зріст: () дюймів				
Вага: () фунтів				
ІМТ: ()				
ІМТ/вік: () %				
Пульс: ()				
Арт. тиск: (/)				
Стан волосся/шкіри голови				
Стан шкіри				
Очі/Зір Корекція <input type="checkbox"/>				
Вуха/слух				
Ніс та горло				
Зуби та ясна				
Лімф овузли				
Серце				
Легені				
Черевна порожнина				
Урогенітальна система				
Нейром'язова система				
Кінцівки				
Хребет (сколіоз)				
Інше				

ТУБЕРКУЛІНОВА ПРОБА	ДАТА ПРОВЕДЕННЯ	ДАТА ОЦІНКИ	РЕЗУЛЬТАТ / НАСТУПНІ ДІЇ

МЕДИЧНІ СТАНИ АБО ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ, ЯКІ ВИМАГАЮТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ, ОБМЕЖЕННЯ АКТИВНОСТІ ЧИ МОЖУТЬ ВПЛИВАТИ НА ПРОЦЕС НАВЧАННЯ

(Додаткове місце на стор. 4)

Присутність батьків/опікунів на огляді: Так НІ

Медогляд проведено: Кабінет постачальника медичних послуг Школа Дата проведення огляду _____ 20_____

ПІБ спеціаліста (друкованими літерами) _____

Адреса кабінету (друкованими літерами) _____ Телефон _____

Підпис спеціаліста _____ MD DO PAC CRNP

ПОСТАЧАЛЬНИКИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: зробіть ксерокопію карти вакцинації з особистої справи учня – АБО – вставте інформацію нижче.

ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ВАКЦІНАЦІЇ:

Мед. Дата видачі: _____ Причина: _____ Дата анулювання: _____

Мед. Дата видачі: _____ Причина: _____ Дата анулювання: _____

Мед. Дата видачі: _____ Причина: _____ Дата анулювання: _____

ПРИМІТКА: для звільнення від вакцинації на підставі релігійних та філософських переконань батьки/опікуни мають направити до школи письмовий запит.

ВАКЦИНА	ДОКУМЕНТ: (1) Тип вакцини; (2) Дата (місяць/день/рік) проведення кожної вакцинації				
	1	2	3	4	5
Дифтерія / правець / кашлюк (діти) Тип: DTap, DTP або DT					
Дифтерія / правець / кашлюк (підлітки/дорослі) Тип: Tdap або Td					
Поліомієліт Тип: OPV або IPV					
Гепатит В (ГепВ)					
Кір / свинка / краснуха (MMR)					
Діагностоване захворювання на свинку <input type="checkbox"/>	Дата: _____				
Вітряна віспа: Вакцина <input type="checkbox"/> Імунітет <input type="checkbox"/>					
Серологія: (тест на антиген/дата/ПОЗ або НЕГ) наприклад, гепатит В, кір, краснуха, вітряна віспа					
Менінгококова кон'югована вакцина (MCV4)					
Вірус папіломи людини (ВПЛ) Тип: HPV2 або HPV4					
Грип Тип: TIV (ін'єкційна) LAIV (назальна)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
Гемофільна інфекція типу b (Hib)					
Пневмококова кон'югована вакцина (PCV) типу: 7 або 13					
Гепатит А (ГепА)					
Ротавірус					
Інші вакцини: (тип і дата)					

