H511.336 (Rev. 9/2012) Page 1 of 4: **STUDENT HISTORY** 



# Bureau of Community Health Systems

### **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.

Date

Student's name			Today's date	Gender: □ Male □ Female			
Date of birth	Age at tir	ne of ex	am Gender: □ Male □ Female				
Medicines and Allergies: Please list all prescription and over	-the-cou	nter med	dicines and supplements (herbal/nutritional) the student is currently t	aking:			
Does the student have any allergies? ☐ No ☐ Yes (If yes, lis	st specifi	c allergy	v and reaction.)				
☐ Medicines ☐ Pollens			□ Food □ Stinging Insects				
Complete the following section with a check mark in the	YES or	NO co	lumn; circle questions you do not know the answer to.				
GENERAL HEALTH: Has the student	YES	NO	GENITOURINARY: Has the student	YES	NO		
1. Any ongoing medical conditions? If so, please identify:			29. Had groin pain or a painful bulge or hernia in the groin area?				
☐ Asthma ☐ Anemia ☐ Diabetes ☐ Infection			30. Had a history of urinary tract infections or bedwetting?				
Other				Yes [	□ No		
Ever stayed more than one night in the hospital?     Ever had surgery?			If yes: At what age was her first menstrual period?				
4. Ever had a seizure?			How many periods has she had in the last 12 months? Date of last period:				
Had a history of being born without or is missing a kidney, an eye, a			DENTAL:	YES	NO		
testicle (males), spleen, or any other organ?			32. Has the student had any pain or problems with his/her gums or teeth?	ILS	NO		
6. Ever become ill while exercising in the heat?			33. Name of student's dentist:				
7. Had frequent muscle cramps when exercising?			Last dental visit: less than 1 year l 1-2 years greater than	2 vears			
HEAD/NECK/SPINE: Has the student	YES	NO	SOCIAL/LEARNING: Has the student	YES	NO		
8. Had headaches with exercise?			34. Been told he/she has a learning disability, intellectual or	120	110		
Ever had a head injury or concussion?			developmental disability, cognitive delay, ADD/ADHD, etc.?				
10 Ever had a hit or blow to the head that caused confusion, prolonged headache, or memory problems?			35. Been bullied or experienced bullying behavior?  36. Experienced major grief, trauma, or other significant life event?				
Ever had numbness, tingling, or weakness in his/her arms or legs after being hit or falling?			37. Exhibited significant changes in behavior, social relationships, grades, eating or sleeping habits; withdrawn from family or friends?				
12 Ever been unable to move arms or legs after being hit or falling?			38. Been worried, sad, upset, or angry much of the time?		<b>†</b>		
13 Noticed or been told he/she has a curved spine or scoliosis?			39. Shown a general loss of energy, motivation, interest or enthusiasm?				
14 Had any problem with his/her eyes (vision) or had a history of an eye injury?			Had concerns about weight; been trying to gain or lose weight or received a recommendation to gain or lose weight?				
15 Been prescribed glasses or contact lenses?	VEO	NO	41. Used (or currently uses) tobacco, alcohol, or drugs?				
HEART/LUNGS: Has the student  16 Ever used an inhaler or taken asthma medicine?	YES	NO	FAMILY HEALTH:	YES	NO		
17. Ever had the doctor say he/she has a heart problem? If so, check all that apply:  ☐ Heart murmur or heart infection ☐ High blood pressure ☐ Kawasaki disease ☐ High cholesterol ☐ Other:  18. Been told by the doctor to have a heart test? (For example, ECG/EKG, echocardiogram)?			42. Is there a family history of the following? If so, check all that apply:  Anemia/blood disorders  Asthma/lung problems  Behavioral health issue  Diabetes  Other				
19. Had a cough, wheeze, difficulty breathing, shortness of breath or felt lightheaded <b>DURING</b> or <b>AFTER</b> exercise?			43. Is there a family history of any of the following heart-related problems? If so, check all that apply:				
20 Had discomfort, pain, tightness or chest pressure during exercise?			☐ Brugada syndrome ☐ QT syndrome ☐ Cardiomyopathy ☐ Marfan syndrome				
21. Felt his/her heart race or skip beats during exercise?			☐ High blood pressure ☐ Ventricular tachycardia				
BONE/JOINT: Has the student	YES	NO	☐ High cholesterol ☐ Other				
22 Had a broken or fractured bone, stress fracture, or dislocated joint?			44. Has any family member had unexplained fainting, unexplained				
23. Had an injury to a muscle, ligament, or tendon?			seizures, or experienced a near drowning?		<u> </u>		
24. Had an injury that required a brace, cast, crutches, or orthotics?			45. Has any family member / relative died of heart problems before age 50 or had an unexpected / unexplained sudden death before age				
25. Needed an x-ray, MRI, CT scan, injection, or physical therapy following an injury?			50 (includes drowning, unexplained car accidents, sudden infant death syndrome)?				
26. Had joints that become painful, swollen, feel warm, or look red?	\/==		QUESTIONS OR CONCERNS	YES	NO		
SKIN: Has the student	YES	NO	46. Are there any questions or concerns that the student, parent or				
27. Had any rashes, pressure sores, or other skin problems?			guardian would like to discuss with the health care provider? (If				
28. Ever had herpes or a MRSA skin infection?			yes, write them on page 4 of this form.)				

Signature of parent / guardian / emancipated student\_ Adapted in part from the Pre-participation Physical Evaluation History Form; ©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of

STUDENT'S HEA	ALTH HISTORY	(page	1 of	this	form) REVIEWED PRIOR TO PERFOMING EXAMINATION: Yes $\Box$ No $\Box$
		СНЕ	CK O	NE	
Physical exam for  K/1  6	grade: 11 □ Other	NORMAL	*ABNORMAL	DEFER	*ABNORMAL FINDINGS / RECOMMENDATIONS / REFERRALS
Height: (	) inches				
Weight: (	) pounds				
BMI: (	)				
BMI-for-Age Percenti	le: ( ) %				
Pulse: (	)				
Blood Pressure: (	1 )				
Hair/Scalp					
Skin					
	Corrected				
Ears/Hearing					
Nose and Throat					
Teeth and Gingiva					
Lymph Glands					
Heart					
Lungs					
Abdomen					
Genitourinary					
Neuromuscular Syste	em				
Extremities					
Spine (Scoliosis)					
Other					
TUBERCULIN TEST	DATE APPLIED	DA	TE REA	AD	RESULT/FOLLOW-UP
MEDICA	L CONDITIONS OR	CHRON	IIC DIS	EASE	ES WHICH REQUIRE MEDICATION, RESTRICTION OF ACTIVITY, OR WHICH MAY AFFECT EDUCATION
(Additional space on	page 4)				
Parent/guardian pr	esent during exa	m: Ye	s 🗆		No □
Physical exam per exam	formed at: Perso 20	nal He	alth C	Care I	Provider's Office □ School □ Date of
Print name of exan	niner				
Print examiner's of	ffice address				Phone
Signature of exami	iner				MD □ DO □ PAC □ CRNP □

### STUDENT NAME:

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

IMMUNIZATION EXEMPTION(S):					
Medical ☐ Date Issued: Rea	ison:			Date Rescinded:_	
Medical ☐ Date Issued: Rea					
Medical ☐ Date Issued: Rea					
   <b>NOTE</b> : The parent/guardian must provide a	written request to th	e school for a religio	ous or philosophical	exemption.	
VACCINE	DOCUMENT:	(1) Type of vaccine	e; (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	Date:				
Varicella: Vaccine ☐ Disease ☐	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
	1	2	3	4	5
Influenza Type: TIV (injected)	6	7	8	9	10
LAIV (nasal)	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 Vac	cines: (Type and I	Date)		

Page 4 of 4: ADDITIONAL COMMENTS (PARENT / GUARDIAN / STUDENT / HEALTH CARE PROVIDER) STUDENT NAME:					

pennsylvania DEPARTMENT OF HEALTH

## الفحص البدني الخاص أو المدرسي للطالب الذي يبلغ عمر الالتحاق بالمدرسة

الوالد/ولي الأمر/ الطالب: أملن الصفحة الأولى من هذه الاستمارة قبل فحص الطالب. ابقي الاستمارة المكتملة بحوزتك في موعد المقابلة.

				وزارة الصحة في ولاية بنسلفانيا
				مكتب نظم الصحة المجتمعية
				شعبة الصحة المدرسية
	تاريخ اليوم			اسم الطالباسم
🗖 أنثى	النوع: □ذكر		العمر في وقت الفحص	تاريخ الميلاد
			ي تصرف دون وصفة طبية والمكملات الغذائية (عشبية / غذائية) التي يتناولها الطالب في الوقت الراهن:	الأدوبة والحساسية: يرجى ذكر جميع الوصفات الطبية والأدوبة ال
			هم (إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر الحساسية المحددة وتفاعلات الحساسية.)	هل يعاني الطالب من أي نوع من أنواع الحساسية؟ 🗆 لا 🔻 نـ
🗖 حشرات لادغة		🗖 الطعام	🗖 حبوب اللقاح	□ الأدوية

قم بإكمال الجزء التالي بوضع علامة اختيارفي العمود نعم أو لا: ضع دائرة حول الأسئلة التي لا تعرف اجابتها.

بإعدل البرواندي بوسع عارمه المبياري العمود عمار					
الصحة العامة: هل يعاني الطالب من			نعم	نعم	K
1- أي مشكلات صحية مزمنة؟ إذا كان الأمر كذلك، يرجى ت	مى تحديد:				
🗖 مرض الربو 💮 فقر الدم	🗖 مرض السكر	🗖 عدوى			
أخرى					
2- هل سبق له البقاء في المستشفى لأكثر من ليلة واحدة؟	? 5				
3- هل سبق له الخضوع لعملية جراحية؟					
4- هل سبق له الإصابة بنوبة صرع؟					
5- هل كان لديه سجل كونه مولود بدون إحدى الكليتين أو	, أو العينين أو الخصيتين (ذكور) أو	و طحال أو أي عضو آخر؟			
<ul> <li>6- هل سبق له الإصابة بالمرض أثناء ممارسة الرياضة في الـ</li> </ul>	ي الحرارة ؟				
7- هل يعاني من تقلصات عضلية متكررة عند ممارسة الريـ	الرباضة؟				
الرأس/ العنق/ العمود الفقري: هل يعاني الطالب من	***		نعم	نعم	¥
8-هل يعاني من الصداع أثناء ممارسة الرياضة؟					
9-هل سبق له الإصابة في الرأس أو ارتجاج في المخ؟					
10- هل سبق له الإصابة أو التعرض لضربة على الرأس وال	والتي تؤدي إلى التباس أو صداع طو	لوبل الأمد أو مشاكل في الذاكرة؟			
11- هل سبق له الشعور بتنميل أو وخز أو ضعف في ذراعي	راعيه أو ساقيه بعد تعرضه للضرب	، أو السقوط؟			
- 12- هل سبق له الشعور بعدم القدرة على تحريك ذراعيه أ	يه أو ساقيه بعد تعرضه للضرب أو	و السقوط؟			
<ul> <li>13- هل تمت ملاحظته أو قيل له إنه يعاني من انحناء او تق</li> </ul>	و تقوس في العمود الفقري؟				一
-14-هل يعاني من أي مشكلة في عينيه (الرؤبة) أو					
15- هل تم وصف النظارات أو العدسات اللاصقة له؟					1
القلب/ الرئتان: هل يعاني الطالب من			نعم	نعم	¥
16- هل سبق له استخدام جهاز استنشاق أو تناول دواء لم	ء لمرض الربو؟				┑
17- هل سبق للطبيب أن قال أنه يعاني من مشكلة في القلد	قلب؟ إذا كان الأمر كذلك، اختر ج	بميع الأجوبة المنطبقة:			
🗖 ثقب في القلب أو النهاب عضلة القلب					
🗖 ارتفاع ضغط الدم	🗖 مرض كاواساكي				
🗖 ارتفاع الكوليسترول في الدم	🗖 أخرى:				
18- هل أخبره الطبيب بإجراء فحص للقلب؟ (على سبيل ا	ل المثال تخطيط كهربية القلب)؟				
19-هل عاني من سعال أو صفير عند التنفس أو صعوبة في	ة في التنفس أو ضيق في التنفس أو	وشعر بالدوار أثناء ممارسة الرياضة أو بعد ممارم			
20- هل شعر بعدم الراحة أو الألم أو الضيق أو ضيق في ال	في الصدر وإحساس بالاختناق أثناء	، ممارسة الرباضة ؟			
21- هل شعر بتسارع دقات قلبه /قلبها أو خفقان القلب بق	، بقوة أثناء ممارسة الرباضة؟				
العظام / المفاصل: هل يعاني الطالب من			نعم	نعم	¥
	لع في المفصل؟				
23-هل تعرض لإصابة في عضلة أو رباط أو وتر؟					
-24-هل تعرض للإصابة التي تطلبت دعامة أو جبيرة أو عكا	عكازات أو تقويم العظام؟				
25-هل كان بحاجة إلى تصوير بالأشعة السينية أو التصوير	موير بالرنين المغناطيسي أو التصوير	بر المقطعي المحوسب أو الحقن أو العلاج الطبيعي	الإصابة؟		
الجلد: هل يعاني الطالب من			نعم	نعم	¥
27- أي طفح جلدي أو قرحات الضغط أو أي مشاكل جلد،	طدية أخرى؟				
28-هل سبق له الإصابة بالهريس أو إصابة الجلد بعدوى الم	ى المكورات العنقودية الذهبية المقاو	اومة للميثيسيلين من قبل؟			T

29-هل عاني من ألم في الفخذ أو انتفاخ مؤلم أو فتق في					
30-هل كان لديه تاريخ مرضي من التهابات المسالك البول	الك البولية أو التبول اللاإرادي؟				
31-بالنسبة للإناث: هل تحدث لها الدورة الشهرية ؟	Ç3.			🗆 نعم	ם צ
ا د-بانتشبه نارتات. عن تعدد نها اندوره انشهوله : إذا كانت الإجابة بنعم: في أي سن كانت أول دورة شهرية لـ				, ac 🗀	
كم عدد الدورات الشهرية التي مرت بها في آخر 12 شهرًا؟	12 شهوا :				
تاريخ أخر دورة شهرية:					
الأسنان: هل يعاني الطالب من				نعم	¥
32-هل عاني الطالب من أي ألم أو مشاكل في اللثة أو الأم	للثه او الاسنان؛				
33-اسم طبيب أسنان الطالب:					
	🗖 أقل من عام واحد	2-1 □ عام	□ أكثر من عامين		
الجانب الاجتماعي/التعليم: هل يعاني الطالب من				نعم	Ŋ
34-هل تم إخباره بأنه يعاني من صعوبات التعلم أو الإعاقة الذهنية أو النمائية وتأخر معرفي واضطراب نقص الانتباه / اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط، وما إلى ذلك؟					
35-هل تعرض للتنمر أو واجه سلوك تنمر عدواني؟	·				
36-هل واجه حزنًا كبيرًا أو صدمة أو حدثًا مهمًا آخر في ا					
37-هل ظهر عليه تغيرات كبيرة في السلوك والعلاقات الا		م والانعزال عن العائلة أو	ِ الأصدقاء؟		
38-هل كان قلقًا أو حزينًا أو مستاءً أو غاضبًا معظم الوقت؟					
39-هل أظهر فقدان عام للطاقة أو الدوافع أو الاهتماما					
40-هل عاني من مخاوف بشأن الوزن؛ كونه حاول اكتس		ساب أو خسارة الوزن؟			
41-هل تعاطى التبغ أو الكحول أو المخدرات (أو بدأ يتعا	و بدأ يتعاطى مؤخرًا)؟				
صحة العائلة:				نعم	¥
42-هل يوجد سجل مرضي للعائلة لما يلي: إذا كان الأمر ك	كان الأمر كذلك، اختر جميع الأجوبة المنطبقة:	_		'	
42-هل يوجد سجل مرضي للعائلة لما يلي: إذا كان الأمر ك □ فقر الدم / اضطرابات الدم	كان الأمر كذلك، اختر جميع الأجوبة المنطبقة:	🗖 مرض وراثي / متا			
☐ فقر الدم / اضطرابات الدم ☐ الربو / مشاكل في الرئة	كان الأمر كذلك، اختر جميع الأجوبة المنطبقة:	🗖 مشاكل في الكلى			
☐ فقر الدم/اضطرابات الدم ☐ الربو/مشاكل في الرئة ☐ مشاكل الصبحة السلوكية	كان الأمر كذلك، اختر جميع الأجوبة المنطبقة:	☐ مشاكل في الكلى ☐ نوبات اضطرابية			
☐ ققر الدم / اضطرابات الدم ☐ الربو / مشاكل في الرئة ☐ مشاكل الصبحة السلوكية ☐ مرش السكري	كان الأمر كذلك، اختر جميع الأجوبة المنطبقة:	☐ مشاكل في الكلى ☐ نوبات اضطرابية			
فقر الدم / اضطرابات الدم     الرو / مشاكل في الرئة     المساكل المسيحة الملوكية     امرض السكري     اخرى		□ مشاكل في الكلى □ نوبات اضطرابية □ سمة الخلية المنع	بلية أو سمة فقر الدَّم المنجلي	·	
فقر الدم / اضطرابات الدم     الرو/ مشاكل في الرئة     المساكل الصحة السلوكية     امضاكل الصحة السلوكية     امرض السكري     اخرى	شاكل التالية المتعلقة بالقلب؟ إذا كان الأمر كذلك	□ مشاكل في الكلى □ نوبات اضطرابية □ سمة الخلية المنع	بلية أو سمة فقر الدَّم المنجلي		
ا قفر الدم/ اضطرابات الدم المسال الدم المسال في الرئة الدم المسالك في الرئة المسالك المسلك المسالك المسلك المسالك المسا	سُاكل التالية المتعلقة بالقلب؟ إذا كان الأمر كذلك تماكل عنائرية فترة فترة كيو تي	□ مشاكل في الكلى □ نوبات اضطرابية □ سمة الخلية المنع	بلية أو سمة فقر الدَّم المنجلي	•	
فقر الدم / اضطرابات الدم     الربو/ مشاكل في الرئة     مشاكل المعجة السلوكية     مرض السكري     معرف السكري     معرف المسكري     معرف مرضي للعائلة لأي من المشاكل الثال   ما معارله مورغادا	مُناكل التالية المتعلقة بالقلب؟ إذا كان الأمر كذلك □ متلازمة فارة كيو تر □ متلازمة مارفان	□ مشاكل في الكلى □ نوبات اضطرابية □ نوبات اضطرابية □ سمة الخلية المنط	بلية أو سمة فقر الدَّم المنجلي		
قضر الدم / اضطرابات الدم      الربو / مشاكل في الرئة      المسحدة المسلوكية      مرض المسكري      اخري	شاكل التالية المتعلقة بالقلب؟ إذا كان الأمر كذلك متاثرية فترة كيو تي متاثرية مارؤان عدم انتظام دقات	□ مشاكل في الكاني الكاني الكاني □ المساكل في الكاني □ المساكل المساكل المساكل المساكل المساكل المساكل المساكل المساكل في المساكل المساكل في المساكل المساكل المساكل في المساكل المسا	بلية أو سمة فقر الدَّم المنجلي		
	شاكل التالية المتعلقة بالقلب؟ إذا كان الأمر كذلك متلازمة فترة كيو تي متلازمة مارفان مدم انتظام دقات اخرى	□ مشاكل في الكاني الكاني الكاني الكاني الكاني الكاني المنطابية المنطقة المنطقة المنطقة المنطقة المنطقة المنطقية المنطقية المنطقة الم	بلية أو سمة فقر الدَّم المنجلي		
قَفْر الدم / أضطرابات الدم الله الروح / مشاكل في الرئة الروح مشاكل في الرئة الموحة المسلوكية الموضو السكوي الموضو السكوي المؤتى المسائلة الأي من المشاكل التال المائلة الأي من المشاكل التال المائلة علم الموجد مسلم مرضي للعائلة الأي من المشاكل التال التال التال المائلة القلب المائلة القلب المؤتى أي فرد من أفراد العائلة من إغماء غير مير	شاكل التالية المتعلقة بالقلب؟ إذا كان الأمر كذلك   متلازمة فترة كيو تي   متلازمة مارفان   معدم انتظام دقات   غير مبرر أو نوبات صع غير مبررة أو عاني من ح	ا مشاكل في الكلى ا نوبات اضطرابية ا نوبات اضطرابية ا سمة الغلية المنطب ختر جميع الأجوبة المنطب للب البطيني  "للب البطيني "لله البطيني "للة منه غرق؟	جلية أو سمة فقر الدُّم المنجلي فة:		
قَفْر الدم / أضطرابات الدم الروز مشاكل في الرئة الروز مشاكل في الرئة الروز مشاكل أي الرئة المسحدة المسلوكية مرض المسكري المسكري المسائلة لأي من المشاكل النال المستخرجة بروغادا المسلوك عضلة القلب المسائلة المسلوكية ضبط الدم الرضاع المكوليسترول في الدم المسائل أي الدم المسائل أي فرد من أفراد العائلة من إلهماء غير معرد 26-مل عائن أي فرد من أفراد العائلة من إلهماء غير معرد على تور عن أفراد العائلة من إلهماء غير معرد المواقع أي فرد من أفراد العائلة من إلهماء غير معرد المواقع أي فرد من أفراد العائلة من إلهماء غير معرد المواقع المي قور من أفراد العائلة من إلهماء غير معرد المواقع المي المواقع المي فرد من أفراد العائلة من إلهماء غير معرد المواقع المي الميان المي	شاكل التالية المتعلقة بالقلب؟ إذا كان الأمر كذلك   متلازمة فترة كيو تي   متلازمة مارفان   معدم انتظام دقات   غير مبرر أو نوبات صع غير مبررة أو عاني من ح	ا مشاكل في الكلى ا نوبات اضطرابية ا نوبات اضطرابية ا سمة الغلية المنطب ختر جميع الأجوبة المنطب للب البطيني  "للب البطيني "لله البطيني "للة منه غرق؟	بلية أو سمة فقر الدَّم المنجلي		
قَفْر الدم / أضطرابات الدم الله الروح / مشاكل في الرئة الروح مشاكل في الرئة الموحة المسلوكية الموضو السكوي الموضو السكوي المؤتى المسائلة الأي من المشاكل التال المائلة الأي من المشاكل التال المائلة علم الموجد مسلم مرضي للعائلة الأي من المشاكل التال التال التال المائلة القلب المائلة القلب المؤتى أي فرد من أفراد العائلة من إغماء غير مير	شاكل التالية المتعلقة بالقلب؟ إذا كان الأمر كذلك   متلازمة فترة كيو تي   متلازمة مارفان   معدم انتظام دقات   غير مبرر أو نوبات صع غير مبررة أو عاني من ح	ا مشاكل في الكلى ا نوبات اضطرابية ا نوبات اضطرابية ا سمة الغلية المنطب ختر جميع الأجوبة المنطب للب البطيني  "للب البطيني "لله البطيني "للة منه غرق؟	جلية أو سمة فقر الدُّم المنجلي فة:		
قَفْر الدم / أضطرابات الدم الروز مشاكل في الرئة الروز مشاكل في الرئة الروز مشاكل أي الرئة المسحدة المسلوكية مرض المسكري المسكري المسائلة لأي من المشاكل النال المستخرجة بروغادا المسلوك عضلة القلب المسائلة المسلوكية ضبط الدم الرضاع المكوليسترول في الدم المسائل أي الدم المسائل أي فرد من أفراد العائلة من إلهماء غير معرد 26-مل عائن أي فرد من أفراد العائلة من إلهماء غير معرد على تور عن أفراد العائلة من إلهماء غير معرد المواقع أي فرد من أفراد العائلة من إلهماء غير معرد المواقع أي فرد من أفراد العائلة من إلهماء غير معرد المواقع المي قور من أفراد العائلة من إلهماء غير معرد المواقع المي المواقع المي فرد من أفراد العائلة من إلهماء غير معرد المواقع المي الميان المي	شاكل التالية المتعلقة بالقلب؟ إذا كان الأمر كذلك   متلازمة فترة كيو تي   متلازمة مارفان   معدم انتظام دقات   غير مبرر أو نوبات صع غير مبررة أو عاني من ح	ا مشاكل في الكلى ا نوبات اضطرابية ا نوبات اضطرابية ا سمة الغلية المنطب ختر جميع الأجوبة المنطب للب البطيني  "للب البطيني "لله البطيني "للة منه غرق؟	جلية أو سمة فقر الدُّم المنجلي فة:	ندم	k

به بين ممرضة المدرسة ومقدمي الرعاية الصحية.	. او افق على تبادل المعلومات الصحب	ميع المعلومات صحيحه وكامله.	لي حد علمي، بان ج	ربموجب هدا عا
		الغالغ	لي الأمر / الطالب الب	توقيع الوالد/و

الصفحة 2 من 4: الفحص البدني امم الطالب:

	·		<b>□</b> ⅓	إجعة قبل إجراء الفحص: نعم 🗌	التاريخ المرضي للطالب (الصفحة 1 من النموذج) تمت الم
	I	فتر واحدًا	<b>-</b> 1		الفحص البدني للمرحلة الدراسية:
*استنتاجات غير طبيعية / التوصيات / إحالات	1	.g.	-9		مرحلة ما قبل الروضة 1 🗆 6 🗆 11 🗎 أخرى 🗆
	<u>बह</u> ैं-ी	غير طبيعي	طبيعي		
		<b>5</b> .			
	1			<del>-  </del>	الطول: ( ) بوصة
	†				الوزن: ( ) كيلو
	+				مؤشر كتلة الجسم: ( )
	1				مؤشر كتلة الجسم للنسبة المئوية للعمر: ( ) %
	1				النبض: ( )
					ضغط الدم: ( / )
	1				الشعر / فروة الرأس:
					الجلد:
				تصحيح النظر □	العيون/ النظر
					الأذان/ السمع
					الأنف والحنجرة
	<u> </u>				الأسنان واللثة
	<u> </u>				القلب
	<u> </u>				الرئة
	<u> </u>				البطن
	<del> </del>				الجهاز البولي التناسلي
	1				الجهاز العصبي العضلي الذا ا:
					الأطراف
النتيجة /المتابعة			تاريخ القراءة	تاريخ التقديم	اختبار السلين التوبيركولين
تقييد النشاط أو التي قد تؤثر على التعليم	تطاب الولاج أوة	أمراض المنمنة القرة	الحالات الطنية أو ال		
ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	J. (2-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	سروسل سردسا ساي			(مساحة إضافية في الصفحة رقم 4)
			צו	نعم 🗆	حضور الوالد /ولي الأمر أثناء الاختبار:
المدرمية 🗆 تاريخ الاختبار 20				المكتب الشخصي لمقدمي الرعاية الصحية	تم إجراء الاختبار البدني في:
		_			اسم مجري الفحص مطبوعًا
رقم الهاتف:					عنوان مكتب مجري الفحص مطبوعًا
ب 🗖 طبيب في طب تقويم العظام 💎 مساعد الطبيب المعتمد 🔻 ممرضة ممارسة مسجلة معتمدة	🗖 طبیہ				توقيع مجري الفحص
					!

صفحة 3 من 4: سجل التطعيم

صفحه 3 من 4: سجل التطعيم		اسم الطالب:	
مقدم الرعاية الصحية: يرجي تقديم نسخا	خة من سجل التطعيم من سجل الطالب-تدرج المعلومات		
1 1 11 1 21			
الاعفاء من التطعيمات:			
طبي 🗆	تاريخ الإصدار:	السبب:	تاريخ الإلغاء:
طبي 🗆	تاريخ الإصدار:	السبب:	تاريخ الإلغاء:
طبي 🗖	تاريخ الإصدار:	السبب:	تاريخ الإلغاء:
ملاحظة: يجب على الوالد/ولي الأمرتقديم ص	طلب خطي للمدرسة بشأن الحصول على الإعفاء من التطعيمات لأسباب دينية أو فلسفية		

للقاح		السجل: (1) نوع اللقاح: (2) التاريخ (الشهر/اليوم/السنة) لكل عمليات التطعيم			
رض الدفتيريا(الخناق)/مرض التيتانوس/ السعال الديكي (الطفل)	1	2	3	4	5
نوع: لقاح الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي أو لقاح الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي أو لقاح الدفتيريا والتيتانوس					
رض الدفتيريا(الخناق)/مرض التيتانوس / السعال الديكي (المراهقين /البالغين)	1	2	3	4	5
ننوع: لقاح التيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي أو لقاح التيتانوس والدفتيريا					
ىلل الأطفال	1	2	3	4	5
بنوع: لقاح فيروس شلل الأطفال الفموي أو لقاح شلل الأطفال المعطل					
يروس الالتهاب الكبدي بي (لقاح فيروس الالتهاب الكبدي بي)	1	2	3	4	5
رض الحصبة /النكاف /الحصبة الألمانية (مرض الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية)	1	2	3	4	5
رض النكاف المشخص من قبل الطبيب المعالج 🛘	التاريخ:				
يروس جدري الماء المنطقي (حمة الحماق): 📗 اللقاح 📗 المرض	1	2	3	4	5
لاختبار المصلي: (تحديد المصل المضاد /التاريخ /إيجابي أو سلبي) على سبيل المثال فيروس الالتهاب الكبدي بي ومرض الحصبة	1	2	3	4	5
لألمانية وفيروس جدري الماء المنطقي (حمة الحماق)					
فاح المكورات السحائية (لقاحات المكورات السحائية 4)	1	2	3	4	5
يروس الورم الحليمي البشري (لقاح فيروس الورم الحليمي البشري)	1	2	3	4	5
بنوع: لقاح فيروس الورم الحليمي البشري الثنائي أو لقاح فيروس الورم الحليمي البشري الرباعي					
لانفلونزا	1	2	3	4	5
بنوع: لقاح ثلاثي التكافؤ المعطل (محقون)	6	7	8	9	10
لقاح الانفلونزا الحي المضعف (أنفي)	11	12	13	14	15
لمتدمية النزلية من النوع ب (لقاح المستدمية النزلية من النوع ب)	1	2	3	4	5
قاح المكورات الرئوية (لقاح المكورات الرئوية)	1	2	3	4	5
ىنوع 7 أو 13					
يروس الالتهاب الكبدي أ (لقاح فيروس الالتهاب الكبدي أ)	1	2	3	4	5
يروس الروتا	1	2	3	4	5
	لقاحات أخرى (النوع والتاريخ)				
				-	

اسم الطالب: