



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)					

**विद्यालय जाने उमेरका विद्यार्थीको
निजी वा विद्यालयको
शारीरिक परीक्षण**

आमाबाबु / अभिभावक / विद्यार्थी:
विद्यार्थीको परीक्षण अगाडि यो फारामको पृष्ठ एकमा
भएको विवरण पूरा गर्नुहोस् । पूरा गरिएको फाराम
अपोइन्टमेन्टमा लिएर जानुहोस् ।

विद्यार्थीको नाम _____

आजको मिति _____

ज्य धमधत _____

परीक्षणको समयको उमेर _____

लिङ्ग: पुरुष महिला

औषधि तथा एलर्जी: कृपया विद्यार्थीले लिइरहेको सबै प्रिस्क्रिप्शन औषधि र ओभर-द-काउन्टर (प्रिस्क्रिप्शन बिना पाइने) औषधि र पूरक खाना (हर्बल/पोष्टिक) उल्लेख गर्नुहोस् ।

के यी विद्यार्थीमा एलर्जीको समस्या छ ? छैन छ (छ भने, निश्चित एलर्जी र प्रतिक्रिया उल्लेख गर्नुहोस् ।)

 औषधिहरू परागक खाना टोक्ने कीरा

हो वा होइन भनेर जनाइएको स्तम्भमा चिन्ह लगाएर तल दिइएको खण्ड पूरा गर्नुहोस्; उत्तर थाहा नभएको प्रश्नमा गोला घेरा लगाउनुहोस् ।

साधारण स्वास्थ्य:	के यी विद्यार्थी...	हो	होइन
1. मा हाल कुनै पनि स्वास्थ्य समस्या छ ? छ भने, खुलाउनुहोस्: <input type="checkbox"/> दम <input type="checkbox"/> रक्तअल्पता <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> संक्रमण अन्य _____			
2. कहिल्यै एक रातभन्दा बढी समयसम्म अस्पतालमा बसेका छन् ?			
3. को कहिल्यै शल्यक्रिया गरिएको छ ?			
4. लाई कहिल्यै सिजरले भेटेको छ ?			
5. जन्मिँदा, यी विद्यार्थीको एउटा मृगौला, एउटा आँखा, एउटा अण्डकोष (पुरुष), वा अन्य कुनै अङ्ग थिएन ?			
6. गर्मीमा व्यायाम गर्दा बिरामी परेका छन् ?			
7. लाई व्यायाम गर्दा मांसपेशी बाउँडिने समस्या भइरहन्थ्यो ?			
टाउको/घाँटी/मेरुदण्ड के यी विद्यार्थी...	हो	होइन	
8. लाई व्यायाम गर्दा टाउको दुख्छ ?			
9. को टाउकोमा कहिल्यै चोट लागेको थियो वा मस्तिष्कमा आघात पुगेको थियो ?			
10. को टाउकोमा कसैले हानेको थियो वा केहीले लागेको थियो जसले गर्दा भ्रम, लामो समयसम्म टाउको दुख्ने समस्या, वा स्मरण शक्तिसम्बन्धी समस्या भएको थियो ?			
11. ले टाउकोमा लागेपछि वा लडेपछि, पाखुरा वा खुट्टामा छुएको थाहा नपाउने समस्या, झनझन गर्ने समस्या, वा कमजोरी महसुस गरेका थिए ?			
12. टाउकोमा लागेपछि वा लडेपछि, हात वा खुट्टा चलाउन नसक्ने भएका थिए ?			
13. लाई उनको मेरुदण्ड बाङ्गो छ वा उनलाई स्कोलियोसिसको समस्या छ भनेर भनिएको थियो ?			
14. लाई आफ्नो आँखा (दृष्टि) मा कुनै समस्या भएको थियो वा विगतमा आँखामा चोट लागेको थियो ?			
15. लाई चिकित्सकले चस्मा वा कन्ट्याक्ट लेन्स लगाउन सल्लाह दिएका छन् ?			
मुटु/फोक्सो:	के यी विद्यार्थी...	हो	होइन
16. ले कहिल्यै इनहेलर प्रयोग गरेका छन् वा दमको औषधि लिएका छन् ?			
17. लाई उनको मुटुमा समस्या छ भनेर चिकित्सकले भनेका छन् ? लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्: <input type="checkbox"/> मुटु बन्ने समस्या वा मुटुको संक्रमण <input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप <input type="checkbox"/> कावासाकी रोग <input type="checkbox"/> उच्च कोलेस्ट्रॉल <input type="checkbox"/> अन्य: _____			
18. लाई चिकित्सकले मुटु जाँच गर्नु भनेका छन् ? (उदाहरणको लागि, ECG/EKG, इकोकार्डियोग्राम)			
19. ले व्यायामको पछाडि वा समयमा घोकी लाग्ने, छाती घ्यारघ्यार गर्ने, सास फेर्न गाह्रो हुने, सासको कमी हुने, बेहोस भए जस्तो हुने समस्या महसुस गरेका छन् ?			
20. ले व्यायामको समयमा असजिलो, दुखाइ, खिचाव, वा छातीमा दबाव महसुस गरेका छन् ?			
21. ले व्यायामको समयमा मुटु अत्यन्तै चाँडो गतिमा धड्केको वा मुटु धड्किदैं नधड्केको महसुस गरेका छन् ?			
हड्डी/जोर्नी:	के यी विद्यार्थी...	हो	होइन
22. को हड्डी भाँचिएको वा मर्किएको, हड्डी फुटेको, वा जोर्नी सरेको थियो ?			
23. लाई मांसपेशी, लिगामेन्ट, वा टेन्डनमा चोटपटक लागेको थियो ।			
24. लाई ब्रेस, कास्ट, बैसाखी, वा ओर्थोटिक्स आवश्यक पर्ने खालको चोटपटक लागेको थियो ।			
25. लाई कुनै चोटपटकपछि एक्स-रे, MRI, CT स्क्यान, सुई, वा शारीरिक थेरापी आवश्यक परेको थियो ?			
26. मा जोर्नी दुख्ने, सुन्निने, तातो हुने, वा रातो देखिन समस्या थियो ?			

छाला:	के यी विद्यार्थी...	हो	होइन
27. मा छालामा बिबिरा आउने समस्या, प्रेसर अल्सर, वा छालाको अन्य समस्या थियो ?			
28. लाई हरपीज वा MRSA को छालाको संक्रमण भएको थियो ?			

जेनिटोरनेरी के यी विद्यार्थी...	हो	होइन
29. लाई कमर र तिघ्राको बीचको भागमा दुख्ने भएको, वा उक्त भागमा दुख्ने खालको गाँठो आएको थियो ?		
30. लाई मुत्रनलीको संक्रमण भएको थियो वा ओछ्यानमा पिसाब फेर्ने समस्या थियो ?		
31. महिलाहरूका लागि मात्र: महिनावारी भएको छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन छ भने: कति वर्षको हुँदा उनी पहिलो पटक महिनावारी भएकी थिइन् ? _____ विगत 12 महिनामा, उनी कति पटक महिनावारी भएकी छिन् ? _____ महिनावारी भएको अन्तिम मिति: _____		
दन्त:	हो	होइन
32. विद्यार्थीले गिजा वा दाँतमा कुनै पनि दुखाइ वा समस्या महसुस गरेका थिए ?		
33. विद्यार्थीको दन्त चिकित्सकको नाम: _____ दन्त चिकित्सकसँगको अन्तिम भेट: · 1 वर्ष भन्दा कम · 1-2 वर्ष · 2 वर्ष भन्दा धेरै		
सामाजिक/सिकाइ: के यी विद्यार्थी...	हो	होइन
34. मा सिकाइसम्बन्धी अशक्तता, बौद्धिक वा विकासात्मक अशक्तता, वा संज्ञानात्मक सुस्तता, ADD/ADHD, आदि, छ भनेर भनिएको छ ?		
35. लाई कसैले बुलिङ गरेको छ वा यी विद्यार्थीले बुलिङको व्यवहार महसुस गरेका छन् ?		
36. लै गहिरो शोक, आघात, वा जीवनको अन्य महत्वपूर्ण घटना महसुस गरेका छन् ?		
37. लै व्यवहार, सामाजिक सम्बन्धमा, पढाइमा, खुवाइ वा सुताइका बानीहरूमा ठूलो परिवर्तन देखाएका छन्; परिवारहरू वा साथीहरूसँग टाढिएका छन् ?		
38. धेरै समय चिन्तित, दुखी, उदास, वा क्रोधित भएर बसेका छन् ?		
39. लै शक्ति, प्रेरणा, रुची, वा उत्साह हराए जस्तो लक्षण देखाएका छन् ?		
40. आफ्नो तौलको बारेमा चिन्तित छन्; तौल घटाउन वा बढाउन खोजिरहेका वा तौल घटाउने वा बढाउने सम्बन्धमा सुझाव प्राप्त गरेका छन् ?		
41. सुर्ती, मादक पदार्थ, वा लागू औषध प्रयोग गरेका छन् (वा वर्तमान रूपमा प्रयोग गर्छन्) ?		
पारिवारिक स्वास्थ्य:	हो	होइन
42. के विगतमा परिवारमा निम्न मध्ये कुनै समस्या देखिएको थियो ? हो भने, लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्: <input type="checkbox"/> एनीमिया/रक्त विकार · वंशानुगत रोग/सिन्ड्रोम <input type="checkbox"/> दम/फोक्सोको समस्या · मृगौलाको समस्या <input type="checkbox"/> व्यवहारगत स्वास्थ्यसम्बन्धी समस्या · छोपुवा रोग <input type="checkbox"/> मधुमेह · वंशानुगत सिकल सेल वा रोग अन्य _____		
43. के विगतमा परिवारमा मुटुसम्बन्धी निम्न मध्ये कुनै समस्या देखिएको थियो ? हो भने, लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्: <input type="checkbox"/> ब्रुगाडा सिन्ड्रोम · QT सिन्ड्रोम <input type="checkbox"/> कार्डियोमायोपेथी · माफान सिन्ड्रोम <input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप · भेन्ट्रिकुलर ट्याचिकार्डिया <input type="checkbox"/> उच्च कोलेस्ट्रॉल · अन्य _____		
44. परिवारका कुनै पनि सदस्य अज्ञात कारणले बेहोस भएका छन्, उनलाई अज्ञात कारणले सिजरले भेटेको छ, वा उनी पानीमा झन्डै डुबेका थिए ?		
45. परिवारका कुनै पनि सदस्य / आफन्तको मुटुको समस्याका कारण 50 वर्षको उमेर अगाडि मृत्यु भएको थियो वा 50 वर्षको उमेर अगाडि अप्रत्याशित रूपमा / अज्ञात कारणले एक्कासी मृत्यु भएको थियो (पानीमा डुबेर, कार दुर्घटना, शिशुको आकस्मिक मृत्यु)?		
प्रश्नहरू वा सरोकारका विषयहरू	हो	होइन
46. केही त्यस्ता प्रश्नहरू वा चिन्ताहरू छन् जसको बारेमा विद्यार्थी, अभिभावक वा अभिभावक स्वास्थ्य सेवा प्रदायकसँग छलफल गर्न चाहन्छन् ? (हो भने, यी कुराहरू यो फारामको पृष्ठ 4 मा उल्लेख गर्नुहोस् ।)		

म आफ्नो पूर्ण ज्ञानले भ्याएसम्म यहाँ प्रदान गरिएको जानकारी साँचो र पूरा छ भनेर प्रमाणित गर्दछु । मैले विद्यालयका नर्स तथा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूलाई एक आपसमा स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी आदानप्रदान गर्न अनुमति दिएको छु ।

आमाबाबु / अभिभावक / अदालतले वयस्क निर्धारण गरेको नाबालिगको हस्ताक्षर _____

मिति _____

Pre-participation Physical Evaluation History Form (सहभागिता अगाडि आवश्यक पर्ने इतिहासमा आधारित शारीरिक मूल्याङ्कनको फाराम) बाट आंशिक रूपमा निकालेर प्रयोग गरिएको; ©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, तथा American Osteopathic Academy of Sports Medicine ।

परीक्षण सञ्चालन गनुर अगाडि विद्याथीरको स्वास्थयसम्बन्धी इतिहास (यो फारामको पृष्ठ 1) पुनरावलोकन गरिएको: हो होइन

K/1 6 11 अन्य: का लागि शारीरिक परीक्षण	एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस्			स्थिति	*असामान्य परिणाम / सुझाव / रेफरल
	सामान्य	*असामान्य	स्थिति		
उचाइ: () इन्च					
तौल: () पाउन्ड					
BMI: ()					
उमेरको शतांशका लागि BMI: () %					
नाडी ()					
रक्तचाप: (/)					
कपाल/शिरको छाला					
छाला					
आँखा/दृष्टि उपचार गरिएको					
कान/श्रवण शक्ति					
नाक तथा घाँटी					
दाँत तथा गिजा					
लिम्फ ग्रन्थी					
मुटु					
फोक्सो					
पेट					
जेनिटोरियुरेरी					
न्यूरोमस्क्युलर प्रणाली					
हात खुट्टा					
मेरुदण्ड (स्कोलियोसिस)					
अन्य					

दयुबरकुलिन परीक्षण	औषधि लगाएको मिति	नतिजा हेरेको मिति	परिणाम/फलो-अप

औषधि आवश्यक पर्ने र शारीरिक क्रियाकलाप प्रतिबन्धित गर्नु पर्ने, वा शिक्षालाई असर गर्ने चिकित्सा अवस्था वा दीर्घकालीन रोगहरू

(पृष्ठ 4 मा थप खाली ठाउँ छ)

परीक्षणको समयमा आमाबाबु/अभिभावक उपस्थित हो होइन

शारीरिक परीक्षण सञ्चालन गरिएको स्थान: व्यक्तिगत स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको कार्यालय विद्यालय परीक्षण मिति: _____ 20____

परीक्षकको स्पष्टसँग लेखिएको नाम _____

परीक्षकको स्पष्टसँग लेखिएको ठेगाना _____ फोन _____

परीक्षकको हस्ताक्षर _____ MD DO PAC CRNP

स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरू: कृपया विद्यार्थीको रेकर्डबाट खोप इतिहासको फोटोकपी गर्नुहोस् - वा - तल दिइएको जानकारी उल्लेख गर्नुहोस् ।

खोप नलगाउने छूट(हरू):

चिकित्सा जारी मिति: _____ कारण: _____ खारेजी मिति: _____
 चिकित्सा जारी मिति: _____ कारण: _____ खारेजी मिति: _____
 चिकित्सा जारी मिति: _____ कारण: _____ खारेजी मिति: _____

नोट: आमाबाबु/अभिभावकले विद्यालयलाई धार्मिक वा दार्शनिक कारणको छूटको लागि लिखित अनुरोध प्रदान गर्नुपर्छ ।

खोप	प्रत्येक खोपको लागि : (1) खोपको प्रकार; (2) मिति (महिना/गते/वर्ष) को अभिलेख प्रदान गर्नुहोस्				
भ्यागुते रोग, धनुष्टङ्कार र लहरे खोकी (बच्चा) प्रकार: DTaP, DTP वा DT	1	2	3	4	5
भ्यागुते रोग, धनुष्टङ्कार र लहरे खोकी (किशोरकिशोरी/वयस्क) प्रकार: Tdap वा Td	1	2	3	4	5
पोलियो प्रकार: OPV वा IPV	1	2	3	4	5
हेपेटाइटिस बी (HepB)	1	2	3	4	5
दादुरा, गलफुलो, रुबेला (MMR)	1	2	3	4	5
चिकित्सकले गलफुलो लागेको छ भनेर निदान निकालेको <input type="checkbox"/>	मिति: _____				
भेरिसेला: खोप <input type="checkbox"/> रोग <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
सेरोलोजी: (एन्टिजेन/मिति/POS वा NEG खुलाउनुहोस्) अर्थात्, हेप बी, दादुरा, रुबेला, भेरिसेला	1	2	3	4	5
मेनिगोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सिन (MCV4)	1	2	3	4	5
ह्युमन पेपिलोमा भाइरस (HPV) प्रकार: HPV2 वा HPV4	1	2	3	4	5
इन्फ्लुएन्जा प्रकार: TIV (सुई मार्फत) LAIV (नाक मार्फत)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा टाइप बी (Hib)	1	2	3	4	5
न्यूमोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सिन (PCV) प्रकार: 7 वा 13	1	2	3	4	5
हेपाटाइटिस ए (HepA)	1	2	3	4	5
Rotavirus (रोटाभाइरस)	1	2	3	4	5
अन्य खोपहरू: (प्रकार र मिति)					

