



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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (If yes, list specific allergy and reaction.)			
<input type="checkbox"/> Medicines	<input type="checkbox"/> Pollens	<input type="checkbox"/> Food	<input type="checkbox"/> 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)					



Cục Hệ thống Y tế Công đồng
Phòng Y tế Trường học

Tự nhân hoặc Trường học KIỂM TRA SỨC KHỎE CỦA HỌC SINH Ở ĐỘ TUỔI ĐI HỌC

PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ/ HỌC SINH:

Hoàn thành trang một của biểu mẫu này trước cuộc kiểm tra của học sinh. Mang biểu mẫu đã hoàn thành đến cuộc hẹn.

Họ tên học sinh: _____

Ngày hôm nay _____

Ngày sinh _____ Tuổi tại thời điểm kiểm tra _____ Giới tính: Nam Nữ

Thuốc và Dị ứng: Vui lòng liệt kê tất cả các loại thuốc kê đơn và không kê đơn và các thực phẩm bổ sung (thảo dược/dinh dưỡng) mà học sinh hiện đang sử dụng:

Học sinh có bị dị ứng không? Không Có (Nếu có, hãy liệt kê các dị ứng và phản ứng cụ thể.)

Các loại thuốc Phân hoa Thực phẩm Côn trùng chích

Hoàn thành phần sau bằng cách đánh dấu vào cột **CÓ** hoặc **KHÔNG**; khoanh tròn những câu hỏi mà quý vị không biết câu trả lời.

SỨC KHỎE CHUNG: <i>Học sinh có...</i>	CÓ	KHÔNG
1. Bất kỳ tình trạng y tế nào hiện có? Nếu có, vui lòng ghi rõ: <input type="checkbox"/> Bệnh hen suyễn <input type="checkbox"/> Thiếu máu <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường <input type="checkbox"/> Bệnh lây nhiễm Khác: _____		
2. Đã bao giờ ở lại bệnh viện nhiều hơn một đêm?		
3. Đã từng phẫu thuật?		
4. Đã bao giờ bị động kinh?		
5. Có tiền sử sinh ra không có hoặc thiếu một quả thận, một mắt, một tinh hoàn (nam giới), một lá lách hoặc bất kỳ cơ quan nào khác không?		
6. Đã bao giờ bị ốm khi tập thể dục dưới nắng nóng?		
7. Thường xuyên bị chuột rút cơ khi tập thể dục?		
ĐAU/CÓ/XƯƠNG SỐNG: <i>Học sinh có...</i>	CÓ	KHÔNG
8. Bị đau đầu khi tập thể dục?		
9. Đã bao giờ bị chấn thương đầu hoặc chấn động?		
10. Đã bao giờ bị một cú đánh hoặc đập vào đầu gây ra sự nhầm lẫn, đau đầu kéo dài hoặc các vấn đề về trí nhớ?		
11. Đã bao giờ bị té, ngã ran hoặc yếu ở tay hoặc chân sau khi bị va đập hoặc ngã?		
12. Đã bao giờ không thể cử động tay hoặc chân sau khi bị va đập hoặc ngã?		
13. Nhận thấy hoặc được cho biết em bị cong cột sống hoặc vẹo cột sống?		
14. Có vấn đề với mắt của em (thị lực) hoặc có tiền sử chấn thương mắt?		
15. Đã được kê kính đeo hoặc kính áp tròng?		
TIM/PHỔI: <i>Học sinh có...</i>	CÓ	KHÔNG
16. Đã bao giờ sử dụng ống hít hoặc dùng thuốc hen suyễn?		
17. Đã bao giờ bác sĩ nói rằng em có vấn đề về tim? Nếu có, đánh dấu tất cả ô phù hợp: <input type="checkbox"/> Bệnh van tim hoặc nhiễm trùng tim <input type="checkbox"/> Huyết áp cao <input type="checkbox"/> Bệnh Kawasaki <input type="checkbox"/> Cholesterol cao <input type="checkbox"/> Khác: _____		
18. Được bác sĩ bảo phải kiểm tra tim? (Ví dụ, ECG/EKG, siêu âm tim)?		
19. Bị ho, thở khò khè, khó thở, thở gấp hoặc cảm thấy choáng váng TRONG hoặc SAU khi tập thể dục?		
20. Cảm thấy khó chịu, đau, tức hoặc tức ngực khi tập thể dục?		
21. Cảm thấy nhịp tim của em đập nhanh hoặc bỏ nhịp khi tập thể dục?		
XƯƠNG/KHỚP: <i>Học sinh có...</i>	CÓ	KHÔNG
22. Đã từng bị gãy hoặc nứt xương, gãy xương do căng thẳng hoặc trật khớp?		
23. Bị chấn thương cơ, dây chằng hoặc gân?		
24. Chấn thương cần nẹp, bó bột, nạng hoặc chỉnh hình?		
25. Cần chụp X-quang, MRI, quét CT, tiêm hoặc vật lý trị liệu sau chấn thương?		
26. Các khớp có bị đau, sưng, cảm thấy nóng hoặc đỏ?		
DA: <i>Học sinh có...</i>	CÓ	KHÔNG
27. Bị phát ban, vết loét do ti đề hay các vấn đề về da khác?		
28. Từng bị mụn rộp hoặc nhiễm trùng da MRSA?		

HỆ THỐNG NIỆU SINH DỤC: <i>Học sinh có...</i>	CÓ	KHÔNG
29. Bị đau ở háng hoặc có khối phồng hoặc thoát vị đau ở vùng bẹn?		
30. Tiền sử nhiễm trùng đường tiết niệu hoặc đài dâm không?		
31. CHỈ DÀNH CHO BÉ GÁI: Đã có kinh nguyệt chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có: Lần hành kinh đầu tiên của em là ở độ tuổi nào? _____ Em đã có bao nhiêu kỳ kinh trong 12 tháng qua? _____ Ngày của kỳ kinh trước: _____		
NHA KHOA:	CÓ	KHÔNG
32. Học sinh có bị đau hoặc có vấn đề gì về lợi hoặc răng không?		
33. Tên nha sĩ của học sinh: _____ Lần khám răng cuối cùng: <input type="checkbox"/> Dưới 1 năm <input type="checkbox"/> 1-2 năm <input type="checkbox"/> trên 2 năm		
XÃ HỘI/HỌC TẬP: <i>Học sinh có...</i>	CÓ	KHÔNG
34. Được thông báo rằng em bị khuyết tật học tập, khuyết tật về trí tuệ hoặc phát triển, chậm phát triển nhận thức, ADD/ADHD, v.v.?		
35. Bị bắt nạt hoặc có hành vi bắt nạt?		
36. Đã trải qua nỗi đau buồn lớn, chấn thương hoặc sự kiện quan trọng khác trong cuộc sống?		
37. Những thay đổi đáng kể trong hành vi, các mối quan hệ xã hội, điểm số, thói quen ăn uống hoặc ngủ nghỉ; xa lánh gia đình hoặc bạn bè?		
38. Luôn lo lắng, buồn bã, khó chịu hoặc tức giận?		
39. Cho thấy có sự mất năng lượng, động lực, sự hứng thú hay nhiệt tình?		
40. Lo lắng về cân nặng; đang cố gắng tăng hoặc giảm cân hoặc nhận được khuyến nghị tăng hoặc giảm cân?		
41. Từng sử dụng (hoặc hiện đang sử dụng) thuốc lá, rượu bia hoặc ma túy?		
SỨC KHỎE GIA ĐÌNH:	CÓ	KHÔNG
42. Có lịch sử gia đình về những điều sau đây? Nếu có, đánh dấu tất cả ô phù hợp: <input type="checkbox"/> Thiếu máu/rối loạn máu <input type="checkbox"/> Bệnh/hội chứng di truyền <input type="checkbox"/> Hen suyễn/các vấn đề về phổi <input type="checkbox"/> Vấn đề về thận <input type="checkbox"/> Vấn đề sức khỏe hành vi <input type="checkbox"/> Rối loạn co giật <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường <input type="checkbox"/> Đặc điểm hoặc bệnh tế bào hình liềm Khác _____		
43. Có tiền sử gia đình về bất kỳ vấn đề nào liên quan đến tim sau đây không? Nếu có, đánh dấu tất cả ô phù hợp: <input type="checkbox"/> Hội chứng Brugada <input type="checkbox"/> Hội chứng QT <input type="checkbox"/> Bệnh cơ tim <input type="checkbox"/> Hội chứng Marfan <input type="checkbox"/> Huyết áp cao <input type="checkbox"/> Rung thất <input type="checkbox"/> Cholesterol cao <input type="checkbox"/> Khác _____		
44. Có thành viên nào trong gia đình bị ngắt không rõ nguyên nhân, co giật không rõ nguyên nhân, hoặc suy tụy chết đuối không?		
45. Có thành viên gia đình/người thân nào chết vì các vấn đề về tim trước 50 tuổi hoặc đột tử bất ngờ/không rõ nguyên nhân trước 50 tuổi (bao gồm chết đuối, tai nạn xe hơi không rõ nguyên nhân, hội chứng đột tử ở trẻ sơ sinh) không?		
CÂU HỎI HOẶC LO NGẠI	CÓ	KHÔNG
46. Có bất kỳ câu hỏi hoặc thắc mắc nào mà học sinh, phụ huynh hoặc người giám hộ muốn thảo luận với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không? (Nếu có, hãy viết vào trang 4 của biểu mẫu này.)		

Tôi xác nhận rằng theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi, tất cả thông tin là đúng sự thật và đầy đủ. Tôi đồng ý trao đổi thông tin sức khỏe giữa y tá trường học và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ/học sinh độc lập _____ Ngày _____

LỊCH SỬ SỨC KHOẺ CỦA HỌC SINH (trang 1 của biểu mẫu này) ĐƯỢC XEM LẠI TRƯỚC KHI THI HOÀN THÀNH: Có Không

Kiểm tra sức khỏe cho lớp: K/1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/>	CHỌN MỘT CÂU TRẢ LỜI		
	BÌNH THƯỜNG	*BẤT THƯỜNG	TRỊ HOẢN
Chiều cao: () inch			
Cân nặng: () pound			
BMI: ()			
Phân vị BMI theo độ tuổi: () %			
Nhịp tim: ()			
Huyết áp: (/)			
Tóc/Da đầu			
Da			
Mắt/Tầm nhìn Đã điều chỉnh <input type="checkbox"/>			
Tai/Thính giác			
Mũi và Họng			
Răng và Nướu			
Các tuyến bạch huyết			
Tim			
Phổi			
Ó bụng			
Hệ thống niệu sinh dục			
Hệ thần kinh cơ			
Phần thân			
Cột sống (vẹo cột sống)			
Khác			

KIỂM TRA LAO TÔ	NGÀY ÁP DỤNG	NGÀY ĐỌC	KẾT QUẢ/THEO DÕI

ĐIỀU KIỆN Y TẾ HOẶC CÁC BỆNH MẠN TÍNH CẢN SỬ DỤNG THUỐC, HẠN CHẾ HOẠT ĐỘNG HOẶC CÓ THỂ ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIỆC HỌC
(Khoảng trống bổ sung trên trang 4)

Phụ huynh/người giám hộ có mặt trong lúc kiểm tra: Có Không

Kiểm tra sức khỏe được thực hiện tại: Văn phòng của Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Cá nhân Trường học Ngày kiểm tra ____ 20 ____

Tên viết hoa của người kiểm tra _____

Tên viết hoa của địa chỉ văn phòng người kiểm tra _____ Điện thoại _____

Chữ ký người kiểm tra _____ MD DO PAC CRNP

NHÀ CUNG CẤP CHĂM SÓC Y TẾ: Vui lòng sao chụp lịch sử tiêm chủng từ hồ sơ của học sinh - HOẶC - điền thông tin vào bên dưới.

MIỀN TIÊM CHỨNG:

Y tế Ngày phát hành: _____ Lý do: _____ Ngày hủy bỏ: _____
 Y tế Ngày phát hành: _____ Lý do: _____ Ngày hủy bỏ: _____
 Y tế Ngày phát hành: _____ Lý do: _____ Ngày hủy bỏ: _____

LƯU Ý: Phụ huynh/người giám hộ phải cung cấp văn bản yêu cầu trường học để được miễn trừ về mặt tôn giáo hoặc triết học.

VẮC-XIN	TÀI LIỆU: (1) Loại vắc-xin; (2) Ngày (tháng/ngày/năm) cho mỗi lần tiêm chủng				
Bạch hầu/Uốn ván/Ho gà (trẻ em) Loại: DTaP, DTP hoặc DT	1	2	3	4	5
Bạch hầu/Uốn ván/Ho gà (thanh thiếu niên/người lớn) Loại: Tdap hoặc Td	1	2	3	4	5
Bại liệt Loại: OPV hoặc IPV	1	2	3	4	5
Viêm gan B (HepB)	1	2	3	4	5
Sởi/Quai bị/Rubella (MMR)	1	2	3	4	5
Bệnh quai bị do bác sĩ chẩn đoán	Ngày: _____				
Virus Varicella: Vắc-xin Bệnh	1	2	3	4	5
Huyết thanh học: (Xác định Kháng nguyên/Ngày/POS hoặc NEG) tức là Viêm gan B, Sởi, Rubella, Varicella	1	2	3	4	5
Vắc-xin kết hợp ngừa viêm màng não cầu khuẩn (MCV4)	1	2	3	4	5
Vi-rút gây u nhú ở người (HPV) Loại: HPV2 hoặc HPV4	1	2	3	4	5
Bệnh cúm Loại: TIV (đã tiêm) LAIV (dùng đường mũi)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
Haemophilus Influenzae Loại b (Hib)	1	2	3	4	5
Vắc-xin ngừa phế cầu khuẩn (PCV) Loại: 7 hoặc 13	1	2	3	4	5
Viêm gan A (HepA)	1	2	3	4	5
Vi-rút Rota	1	2	3	4	5
Các loại vắc-xin khác: (Loại và Ngày)					

