



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)					



Bureau des Systèmes de Santé Communautaire
Division de la Santé Scolaire

VISITE MÉDICALE privée ou scolaire DES ÉLÈVES EN ÂGE SCOLAIRE

PARENT / TUTEUR / ÉLÈVE :

Complétez la première page de ce formulaire
avant l'examen de l'élève. Apportez le formulaire
rempli au rendez-vous.

Nom de l'élève _____ Date du jour _____

Date de naissance _____ Âge au moment de l'examen _____ Sexe : Garçon Fille

Médicaments et Allergies : Veuillez énumérer tous les médicaments sur ordonnance et en vente libre et les suppléments (à base de plantes/nutritionnels) que l'élève prend actuellement : _____

L'élève a-t-il des allergies ? Non Oui (Si oui, indiquez l'allergie et la réaction spécifiques.)

Médicaments Pollens Aliments Insectes piqueurs

Remplissez la section suivante en cochant la colonne OUI ou NON ; entourez les questions dont vous ne connaissez pas la réponse.

SANTÉ GÉNÉRALE : L'élève...	OUI	NON
1. A-t-il des problèmes médicaux en cours ? Si oui, veuillez identifier : <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Infection Autre _____		
2. Est-il déjà passé plus d'une nuit à l'hôpital ?		
3. A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ?		
4. A-t-il déjà eu une crise d'épilepsie ?		
5. A-t-il des antécédents de naissance sans rein, œil, testicule (mâles), rate ou tout autre organe ?		
6. Est-il déjà tombé malade en faisant de l'exercice sous la chaleur ?		
7. Avait-il des crampes musculaires fréquentes lors de l'exercice ?		
TÊTE/COU/COLONNE VERTÉBRALE : L'élève...	OUI	NON
8. A-t-il déjà eu des maux de tête en faisant de l'exercice ?		
9. A-t-il déjà eu une blessure à la tête ou une commotion cérébrale ?		
10. A-t-il déjà reçu un coup à la tête qui a causé de la confusion, des maux de tête prolongés ou des problèmes de mémoire ?		
11. A-t-il déjà eu des engourdissements, des picotements ou une faiblesse dans les bras ou les jambes après avoir été frappé ou tombé ?		
12. A-t-il déjà été incapable de bouger les bras ou les jambes après avoir été frappé ou tombé ?		
13. A-t-il remarqué ou appris par quelqu'un d'autre qu'il a une colonne vertébrale courbée ou une scoliose ?		
14. Avait-il des problèmes avec ses yeux (vision) ou avait-il des antécédents de blessure à l'œil ?		
15. S'est-il fait prescrire des lunettes ou des lentilles de contact ?		
COEUR/POUMONS : L'élève...	OUI	NON
16. A-t-il déjà utilisé un inhalateur ou pris un médicament contre l'asthme ?		
17. A-t-il déjà eu un médecin qui lui a dit qu'il avait un problème cardiaque ? Si oui, cochez toutes les cases correspondantes : <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque ou infection cardiaque <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Maladie de Kawasaki <input type="checkbox"/> Taux de cholestérol élevé <input type="checkbox"/> Autre :		
18. S'est-il vu proposer de passer un examen cardiaque par un médecin ? (Par exemple, ECG/EKG, échocardiogramme) ?		
19. A-t-il eu une toux, une respiration sifflante, des difficultés respiratoires, un essoufflement ou sentait-il étourdi PENDANT ou APRÈS l'exercice ?		
20. A-t-il eu de l'inconfort, de la douleur, une sensation d'oppression ou une pression thoracique pendant l'exercice ?		
21. A-t-il senti son cœur s'emballer ou sauter des battements pendant l'exercice ?		
OS/ARTICULATION : L'élève...	OUI	NON
22. Avait-il un os cassé ou fracturé, une fracture de stress ou une articulation disloquée ?		
23. A-t-il subi une blessure à un muscle, un ligament ou un tendon ?		
24. A-t-il eu une blessure nécessitant une attelle, un plâtre, des béquilles ou des orthèses ?		
25. Avait-il besoin d'une radiographie, d'une IRM, d'un scanner, d'une injection ou d'une thérapie physique par suite d'une blessure ?		
26. A-t-il eu des articulations douloureuses, enflées, chaudes ou rouges ?		
PEAU : L'élève ...	OUI	NON
27. A-t-il eu des éruptions cutanées, des escarres ou d'autres problèmes de peau ?		
28. A-t-il déjà eu de l'herpès ou une infection cutanée à SARM ?		

GENITO-RINAIRE : L'élève...	OUI	NON
29. Avait-il des douleurs à l'aine ou un renflement douloureux ou une hernie dans la région de l'aine ?		
30. Avait-il des antécédents d'infections urinaires ou d'énurésie ?		
31. FEMMES UNIQUEMENT : A-t-elle eu ses règles ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : A quel âge était ses premières règles ? _____ Combien de règles a-t-elle eu au cours des 12 derniers mois ? _____ Date des dernières règles : _____		
DENTAIRE :	OUI	NON
32. L'élève a-t-il eu des douleurs ou des problèmes avec ses gencives ou ses dents ?		
33. Nom du dentiste de l'élève : _____ Dernière visite chez le dentiste : <input type="checkbox"/> moins de 1 an <input type="checkbox"/> 1-2 ans <input type="checkbox"/> supérieur à 2 ans		
SOCIAL/APPRENTISSAGE : L'élève...	OUI	NON
34. A-t-il été diagnostiqué d'un trouble d'apprentissage, d'une déficience intellectuelle ou développementale, d'un retard cognitif, un TDA/TDAH, etc. ?		
35. A-t-il été victime d'intimidation ou vécu de comportement d'harcelement ?		
36. A-t-il vécu un deuil, un traumatisme ou un autre événement important de la vie ?		
37. A-t-il présenté des changements significatifs dans le comportement, les relations sociales, les notes, les habitudes alimentaires ou de sommeil ; retiré de la famille ou des amis ?		
38. A-t-il été inquiet, triste, contrarié ou en colère la plupart du temps ?		
39. A-t-il montré une perte générale d'énergie, de motivation, d'intérêt ou d'enthousiasme ?		
40. Avait-il des inquiétudes concernant le poids ; a-t-il essayé de prendre ou de perdre du poids ou a-t-il reçu une recommandation pour prendre ou perdre du poids ?		
41. A-t-il consommé (ou consomme actuellement) du tabac, de l'alcool ou des drogues ?		
SANTÉ FAMILIALE :	OUI	NON
42. Y a-t-il des antécédents familiaux des éléments suivants ? Si oui, cochez toutes les cases correspondantes : <input type="checkbox"/> Anémie/troubles sanguins <input type="checkbox"/> Maladie/syndrome héréditaire <input type="checkbox"/> Asthme/problèmes pulmonaires <input type="checkbox"/> Problèmes rénaux <input type="checkbox"/> Problème de santé comportementale <input type="checkbox"/> Trouble épileptique <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Trait ou maladie drépanocytaire Autre _____		
43. Y a-t-il des antécédents familiaux de l'un des problèmes cardiaques suivants ? Si oui, cochez toutes les cases correspondantes : <input type="checkbox"/> Syndrome de Brugada <input type="checkbox"/> Syndrome QT <input type="checkbox"/> Cardiomyopathie <input type="checkbox"/> Syndrome de Marfan <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Tachycardie ventriculaire <input type="checkbox"/> Taux de cholestérol élevé <input type="checkbox"/> Autre _____		
44. Un membre de la famille a-t-il eu des évanouissements inexpliqués, des convulsions inexpliquées ou a-t-il vécu une quasi-noyade ?		
45. Un membre de la famille / un proche est-il décédé de problèmes cardiaques avant l'âge de 50 ans ou a-t-il eu une mort subite inattendue / inexpliquée avant l'âge de 50 ans (y compris la noyade, les accidents de voiture inexpliqués, le syndrome de mort subite du nourrisson) ?		
QUESTIONS ou PRÉOCCUPATIONS	OUI	NON
46. Y a-t-il des questions ou des préoccupations dont l'élève, le parent ou le tuteur aimerait discuter avec le prestataire de santé ? (Si oui, écrivez-les à la page 4 de ce formulaire.)		

Je certifie par la présente qu'à ma connaissance, toutes les informations sont véridiques et complètes. Je donne mon consentement pour un échange d'informations de santé entre l'infirmière scolaire et les prestataires de soins de santé.

Signature du parent / tuteur / élève émancipé _____ Date _____

ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE (page 1 de ce formulaire) RÉVISÉS AVANT L'EXAMEN : Oui Non

Examen médical pour la classe : K/1 <input type="checkbox"/> 6e année <input type="checkbox"/> 11eme année <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	COCHEZ-EN UNE			*RÉSULTATS ANORMAUX / RECOMMANDATIONS / RÉFÉRENCES
	NORMAL	*ANORMAL	REPORTER	
Taille : () pouces				
Poids : () livres				
IMC : ()				
Centile de l'IMC pour l'âge : () %				
Pouls : ()				
Pression artérielle : (/)				
Cheveux/Cuir chevelu				
Peau				
Yeux/Vue Corrigée <input type="checkbox"/>				
Oreilles/Audition				
Nez et gorge				
Dents et gencive				
Glandes lymphatiques				
Cœur				
Poumons				
Abdomen				
Génito-urinaire				
Système neuromusculaire				
Extrémités				
Colonne vertébrale (scoliose)				
Autre				

TEST À LA TUBERCULINE	DATE D'APPLICATION	DATE DE LECTURE	RÉSULTAT/SUIVI

PROBLÈMES MÉDICAUX OU MALADIES CHRONIQUES QUI NÉCESSITENT DES MÉDICAMENTS, UNE RESTRICTION D'ACTIVITÉ OU QUI PEUVENT AFFECTER L'ÉDUCATION

(Espace supplémentaire à la page 4)

Parent/tuteur présent lors de l'examen : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Examen médical effectué à : Bureau du Prestataire de Santé Personnel <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/>
Date de l'examen _____ 20_____
Nom imprimé de l'examineur _____
Adresse imprimée du bureau de l'examineur _____ Téléphone _____
Signature de l'examineur _____ MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> PAC <input type="checkbox"/> CRNP <input type="checkbox"/>

PRESTATAIRE DE SANTÉ : *Veillez photocopier l'historique de vaccination du dossier de l'élève – OU – insérez les informations ci-dessous.*

EXEMPTION(S) DE VACCINATION :Médicale Date d'émission : _____ Motif : _____ Date d'annulation : _____Médicale Date d'émission : _____ Motif : _____ Date d'annulation : _____Médicale Date d'émission : _____ Motif : _____ Date d'annulation : _____**REMARQUE :** Le parent/tuteur doit fournir une demande écrite à l'école pour une exemption religieuse ou philosophique.

DOCUMENT CONCERNANT	LE VACCIN : (1) Type de vaccin ; (2) Date (mois/jour/année) de chaque vaccination				
Type de diphtérie/tétanos/coqueluche (enfant) : DTaP, DTP ou DT	1	2	3	4	5
Diphtérie/tétanos/coqueluche (adolescent/adulte) Type : Tdap ou Td	1	2	3	4	5
Polio Type : VPO ou VPI	1	2	3	4	5
Hépatite B (HepB)	1	2	3	4	5
Rougeole/oreillons/rubéole (ROR)	1	2	3	4	5
Maladie des oreillons diagnostiquée par un médecin <input type="checkbox"/>	Date : _____				
Varicelle : Vaccin <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
Sérologie : (Identifier Antigène/Date/POS ou NEG) c'est-à-dire l'hépatite B, la rougeole, la rubéole, la varicelle	1	2	3	4	5
Vaccin conjugué contre le méningocoque (MCV4)	1	2	3	4	5
Type de virus du papillome humain (VPH) : HPV2 ou HPV4	1	2	3	4	5
Grippe Type : VTI (injecté) VVAI (nasal)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
Haemophilus influenzae de type b (Hib)	1	2	3	4	5
Type de vaccin conjugué contre le pneumocoque (VPC) : 7 ou 13	1	2	3	4	5
Hépatite A (HepA)	1	2	3	4	5
Rotavirus	1	2	3	4	5
Autres vaccins : (Type et date)					

