



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)					



ব্যুরো অফ কমিউনিটি হেলথ সিস্টেমস ডিভিশন অফ
স্কুল হেলথ

প্রাইভেট বা স্কুল
শারীরিক পরীক্ষা
স্কুল বয়সী শিক্ষার্থীদের

পিতামাতা / অভিভাবক / শিক্ষার্থী:

শিক্ষার্থীর পরীক্ষার আগে এই ফর্মের প্রথম পৃষ্ঠা সম্পন্ন করুন।
সাক্ষাৎকারের সময় সম্পন্ন ফর্মটি সাথে নিয়ে আসুন।

শিক্ষার্থীর নাম _____ আজকের তারিখ _____

জন্ম তারিখ _____ পরীক্ষার সময় বয়স _____ লিঙ্গ: ছেলে মেয়ে

ওষুধ এবং অ্যালার্জি: অনুগ্রহ করে সমস্ত প্রেসক্রিপশন এবং ওভার-দ্যা-কাউন্টার ওষুধ এবং সাপ্লিমেন্ট (ডেভজ/পুষ্টি) যা বর্তমানে শিক্ষার্থী গ্রহণ করছে তা তালিকাভুক্ত করুন:

শিক্ষার্থীর কি কোন ধরনের অ্যালার্জি রয়েছে? না হ্যাঁ (যদি হ্যাঁ হয়, নির্দিষ্ট এলাজি এবং প্রতিক্রিয়া তালিকাভুক্ত করুন)

ওষুধ ধূলা-বালি খাবার পোকামাকড়ের কামড়

হ্যাঁ বা না কলামে একটি টিক চিহ্ন দিয়ে নিম্নলিখিত বিভাগটি সম্পূর্ণ করুন; যেসব প্রশ্নের উত্তর আপনি জানেন না তাতে গোল (বৃত্তাকার) চিহ্ন দিন।

সাধারণ বাহ্য: শিক্ষার্থীর কি আছে...	হ্যাঁ	না
1. কোনধরনের চলমান মেডিক্যাল অবস্থা? যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে চিহ্নিত করুন: <input type="checkbox"/> হাঁপানি <input type="checkbox"/> রক্তশূন্যতা <input type="checkbox"/> ডায়বেটিস <input type="checkbox"/> সংক্রমণ অন্যান্য _____		
2. কখনো কি এক রাতের বেশি হাসপাতালে ছিল?		
3. কখনও কি অস্ত্রোপচার হয়েছে?		
4. কখনও কি খিঁচুনি হয়েছে?		
5. একটি কিডনি, একটি চোখ, একটি অগ্ৰকোষ (পুরুষ), গ্লীহা, বা অন্য কোন অঙ্গ ছাড়া জন্মগ্রহণ বা না ধাকার ইতিহাস ছিল কিনা?		
6. গরমে ব্যায়াম করার সময় কখনও কি অসুস্থ হয়ে পড়েছে?		
7. ব্যায়াম করার সময় কি ঘন ঘন পেশীতে টান লেগেছিল?		
মাথা/ঘাড়/মেরুদণ্ড: শিক্ষার্থীর কি আছে...	হ্যাঁ	না
8. ব্যায়ামের সময় কি মাথাব্যথা ছিল?		
9. কখনও কি মাথায় আঘাত লেগেছে বা পক্ষাঘাতগ্রস্থ হয়েছে?		
10. কখনও কি মাথায় আঘাত বা কিঙ্গ-ঘুমি লেগেছে যা বিক্রান্তি, দীর্ঘস্থায়ী মাথাব্যথা বা স্মৃতি সমস্যা সৃষ্টি করে?		
11. আঘাত বা পড়ে যাওয়ার পর কখনও কি তার হাত বা পায়ে অসাড়তা, তীব্র যন্ত্রনা বা দুর্বলতা ছিল?		
12. আঘাত বা পড়ে যাওয়ার পরে কখনও কি হাত বা পা সরতে পারে নি?		
13. নোটিশ বা তাকে বলা হয়েছে যে তার বাঁকা মেরুদণ্ড বা স্কোলিওসিস আছে?		
14. তার চোখের (দৃষ্টি) কোনো সমস্যা ছিল বা চোখে আঘাতের ইতিহাস ছিল?		
15. চশমা বা কন্টাক্ট লেন্সে র জন্য কি প্রেসক্রিপশন করা হয়েছিল?		
হাঁট/ফুসফুস:	হ্যাঁ	না
16. কখনও কি ইনহেলার ব্যবহার করেছে বা হাঁপানির ওষুধ গ্রহণ করেছে?		
17. কখনও কি ডাক্তার বলেছিলেন যে তার হার্টের সমস্যা আছে? যদি তাই হয়, প্রয়োজ্য সব তথ্যে টিক চিহ্ন দিন: <input type="checkbox"/> হার্ট এ কলকল শব্দ করা বা হার্ট ইনফেকশন <input type="checkbox"/> উচ্চ রক্তচাপ <input type="checkbox"/> কাওয়াসাকি রোগ <input type="checkbox"/> উচ্চ কোলেস্টেরল <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____		
18. ডাক্তার বলেছিলেন হার্ট টেস্ট করতে? (যেমন, ইসি সি জি/ই কে জি, ইকোকর্ডিওগ্রাম)?		
19. ব্যায়ামের সময় বা পরে কি কাশি, শ্বাসকষ্ট, শ্বাস নিতে অসুবিধা, ঘন ঘন শ্বাস নেওয়া বা মাথা হালকা লেগেছিল?		
20. ব্যায়ামের সময় কি অর্থুসি, ব্যথা, অটসাঁট বা বুক চাপ ছিল?		
21. ব্যায়ামের সময় কি তার হার্টবিট দ্রুত হয়েছিল বা বিট মিস করেছিল?		
হাড়/জয়েন্ট:	হ্যাঁ	না
22. হাড় ভাঙা বা ফ্র্যাকচার, স্ট্রেস ফ্র্যাকচার, বা জয়েন্ট বিচ্ছিন্ন ছিল?		
23. পেশী, লিগামেন্ট, বা টেন্ডন এ একটি আঘাত ছিল?		
24. একটি আঘাত যার জন্য একটি ব্রেস, কাস্ট, ক্র্যাচ বা কৃত্রিম অঙ্গের প্রয়োজন ছিল?		
25. একটি ইঞ্জুরির কারণে এক্স-রে, এম আর আই, সি টি স্ক্যান, ইনজেকশন বা শারীরিক থেরাপির প্রয়োজন ছিল?		
26. জয়েন্টগুলোতে কি ব্যথা, ফুলে যাওয়া, উষ্ণ অনুভূতি, বা লাল দেখা গিয়েছিল?		
স্কিন:	হ্যাঁ	না
27. কোন ফুসকুড়ি, চাপ ঘা, বা অন্যান্য স্কিনের সমস্যা ছিল?		
28. কখনও কি হারপিস বা MRSA স্কিন ইনফেকশন হয়েছে?		

জেনিটোরিনারি:	শিক্ষার্থীর কি আছে...	হ্যাঁ	না
29. কুঁচকির ব্যথা বা কুঁচকির জায়গায় একটি বেদনাদায়ক ফুসকুড়ি বা হার্নিয়া ছিল?			
30. মূত্রনালীর সংক্রমণ বা বিছানায় প্রস্রাব করার ইতিহাস ছিল?			
31. কেবল মেয়েদের জন্য: মাসিক/পিরিয়ড হয়েছিল? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি হ্যাঁ হয়: কোন বয়সে তার প্রথম পিরিয়ড হয়েছিল? _____ গত ১২ মাসে তার কত বার পিরিয়ড হয়েছিল? _____ সর্বশেষ পিরিয়ডের তারিখ: _____			
ডেন্টাল:	হ্যাঁ	না	
32. শিক্ষার্থীর মাড়ি বা দাঁতে কোন ব্যথা বা সমস্যা ছিল?			
33. শিক্ষার্থীর ডেন্টিস্টের নাম: _____ সর্বশেষ ডেন্টাল ভিজিট: <input type="checkbox"/> ১ বছরের কম সময় <input type="checkbox"/> ১-২ বছর <input type="checkbox"/> ২ বছরের অধিক			
সামাজিক/শিক্ষা: শিক্ষার্থীর কি আছে...	হ্যাঁ	না	
34. তাকে কি বলা হয়েছে যে তার শেখার অক্ষমতা, বুদ্ধিবৃত্তিক বা বিকাশগত অক্ষমতা, জ্ঞানীয় বিলম্ব, ADD/ADHD ইত্যাদি আছে?			
35. বুলিং এর শিকার হয়েছে বা বুলিং আচরণের সম্মুখীন হয়েছে?			
36. বড় দুঃখ, আঘাত, বা অন্যান্য গুরুত্বপূর্ণ জীবনের ঘটনার সম্মুখীন হয়েছে?			
37. আচরণ, সামাজিক সম্পর্ক, গ্রেড, খাওয়া বা ঘুমের অভ্যাসে উল্লেখযোগ্য পরিবর্তন প্রদর্শন করেছে; পরিবার বা বন্ধুদের থেকে প্রত্যাহার করেছে?			
38. বৈশীরজগৎ সময়ই চিন্তিত, দুঃখিত, বিচলিত, র বাগী ছিল?			
39. শক্তি, প্রেরণা, আগ্রহ বা উৎসাহের একটি সাধারণ ক্ষতি দেখিয়েছে?			
40. ওজন নিয়ে উদ্বেগ ছিল; ওজন বাড়ানোর বা হ্রাস করার চেষ্টা করেছে বা ওজন বাড়ানোর বা হ্রাস করার সুপারিশ পেয়েছে?			
41. তামাক, অ্যালকোহল, বা ওষুধ ব্যবহার করেছে (বা বর্তমানে ব্যবহার করে)?			
পারিবারিক বাহ্য:	হ্যাঁ	না	
42. নিম্নলিখিত ক্ষেত্রগুলোতে কি একটি পারিবারিক ইতিহাস আছে? যদি তাই হয়, প্রয়োজ্য সব ক্ষেত্রে টিক চিহ্ন দিন: <input type="checkbox"/> রক্তস্বল্পতা/রক্তের ব্যাধি <input type="checkbox"/> বংশগত ব্যাধি/সিনড্রোম <input type="checkbox"/> হাঁপানি/ফুসফুসের সমস্যা <input type="checkbox"/> কিডনির সমস্যা <input type="checkbox"/> আচরণগত স্বাস্থ্য সমস্যা <input type="checkbox"/> খিঁচুনি রোগ <input type="checkbox"/> ডায়বেটিস <input type="checkbox"/> সিকেল সেল বৈশিষ্ট্য বা রোগ অন্যান্য _____			
43. নিম্নলিখিত হার্ট সংশ্লিষ্ট ক্ষেত্রগুলোর কোনও একটিতে কি পারিবারিক ইতিহাস আছে? যদি তাই হয়, প্রয়োজ্য সব ক্ষেত্রে টিক চিহ্ন দিন: <input type="checkbox"/> ক্রুগাডা (Brugada) সিনড্রোম <input type="checkbox"/> QT সিনড্রোম <input type="checkbox"/> কার্ডিওমায়োপ্যাথি <input type="checkbox"/> মারফান সিনড্রোম <input type="checkbox"/> উচ্চ রক্তচাপ <input type="checkbox"/> ভেন্ট্রিকুলার ট্যাকিকার্ডিয়া <input type="checkbox"/> উচ্চ কোলেস্টেরল <input type="checkbox"/> অন্যান্য _____			
44. পরিবারের কোন সদস্যের কি অব্যক্ত মুহূর্ত, অব্যক্ত খিঁচুনি, অথবা প্রায় ছুঁবে যাওয়ার অভিজ্ঞতা আছে?			
45. পরিবারের কোনো সদস্য/আত্মীয় কি ৫০ বছর বয়সের আগে হার্টের সমস্যায় মারা গেছে বা ৫০ বছর বয়সের আগে অপ্রত্যাশিত/অব্যক্ত আকস্মিক মৃত্যু হয়েছে (ছুঁবে যাওয়া, অব্যক্ত গাড়ি দুর্ঘটনা, আকস্মিক শিশু মৃত্যু সিনড্রোম সহ)?			
প্রশ্ন বা উদ্বেগ	হ্যাঁ	না	
46. এমন কোন প্রশ্ন বা উদ্বেগ আছে যা শিক্ষার্থী, পিতামাতা বা অভিভাবক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সাথে আলোচনা করতে চান? (যদি হ্যাঁ হয়, তা এই ফর্মের ৪ পৃষ্ঠায় লিখুন)			

আমি এতদ্বারা প্রত্যয়িত করছি যে আমার যতটুকু জানা আছে সব তথ্য সত্য এবং সম্পূর্ণ। আমি স্কুল নার্স এবং স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের মধ্যে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য বিনিময়ের জন্য আমার সম্মতি দিচ্ছি।

পিতামাতা / অভিভাবক / মুক্ত ছাত্রের স্বাক্ষর _____

তারিখ _____

প্রাক-অপেক্ষাশূন্য শারীরিক মূল্যায়ন ইতিহাস ফর্ম থেকে কিছু অংশ অভিযোজিত; ©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, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.

পরীক্ষা অনুষ্ঠিত হওয়ার পূর্বে শিক্ষার্থীর স্বাস্থ্য ইতিহাস (এই ফর্মের পৃষ্ঠা ১) পর্যালোচনা করা হয়েছে: হ্যাঁ না

যে গ্রেডের জন্য শারীরিক পরীক্ষা: K/1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> অন্যান্য <input type="checkbox"/>	১ টিতে টিক চিহ্ন দিন			* অস্বাভাবিক ফাইভিং / সুপারিশ / রেফারেলস
	স্বাভাবিক	* অস্বাভাবিক	ব্যতিক্রম	
উচ্চতা: () ইঞ্চি				
ওজন: () পাউন্ড				
বিএমআই: ()				
বয়স অনুযায়ী বিএমআই শতাংশ: () %				
পালস: ()				
রক্তচাপ: (/)				
চুল/মাথার ত্বক				
ত্বক				
চোখ/দৃষ্টি সংশোধিত <input type="checkbox"/>				
কান/শ্রবণ				
নাক এবং গলা				
দাঁত ও জিহ্বা				
লসিকা গ্রন্থি				
হাট				
ফুসফুস				
পাকস্থলী				
জেনিটুরিনারি				
নিউরোমাসকুলার সিস্টেম				
পা				
মেরুদণ্ড (কোলিওসিস)				
অন্যান্য				

টিউবারকুলিন পরীক্ষা	আবেদনের তারিখ	নির্ণয়ের তারিখ	ফলাফল/কম্পো-আপ

মেডিক্যাল অবস্থা বা দীর্ঘস্থায়ী রোগ যার জন্য চিকিৎসা প্রয়োজন, ক্রিয়াকলাপের নিষেধাজ্ঞা, অথবা যা শিক্ষার প্রভাব কমেতে পারে

(পৃষ্ঠা ৪ এ অতিরিক্ত যায়গা আছে)

পিতামাতা/অভিভাবক পরীক্ষার সময় উপস্থিত ছিলেন: হ্যাঁ না

শারীরিক পরীক্ষা অনুষ্ঠিত হয়েছিল: ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর কার্যালয় স্থল পরীক্ষার তারিখ _____ 20____

পরীক্ষকের প্রিন্ট নাম _____

পরীক্ষকের অফিসের মুদ্রিত নাম _____ ফোন _____

পরীক্ষকের স্বাক্ষর _____ MD DO PAC CRNP

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী: অনুগ্রহ করে শিক্ষার্থীর রেকর্ড থেকে ইমিউনাইজেশন ইতিহাসের ফটোকপি করুন - অথবা - নীচের তথ্য পূরণ করুন।

ইমিউনাইজেশন ছাড়:

মেডিক্যাল ইস্যুর তারিখ: _____ কারণ: _____ বাতিলের তারিখ: _____

মেডিক্যাল ইস্যুর তারিখ: _____ কারণ: _____ বাতিলের তারিখ: _____

মেডিক্যাল ইস্যুর তারিখ: _____ কারণ: _____ বাতিলের তারিখ: _____

নোট: পিতামাতা/অভিভাবককে অবশ্যই ধর্মীয় বা দার্শনিক অব্যাহতির জন্য স্কুলে লিখিত অনুরোধ করতে হবে।

ভ্যাকসিন	ডকুমেন্ট: (1) ভ্যাকসিনের ধরণ; (2) প্রতিটি ভ্যাকসিনের তারিখ (মাস/ দিন/ সাল)				
ডিফথেরিয়া/টিটেনাস/হুপিং কাশি (শিশু) ধরণ: DTaP, DTP বা DT	1	2	3	4	5
ডিফথেরিয়া/টিটেনাস/হুপিং কাশি (কিশোর/প্রাপ্তবয়স্ক) ধরণ: Tdap বা Td	1	2	3	4	5
পোলিও ধরণ: OPV বা IPV	1	2	3	4	5
হেপাটাইটিস বি (HepB)	1	2	3	4	5
হাম/মাম্পস/রুবেলা (MMR)	1	2	3	4	5
মাম্পস রোগ চিকিৎসক দ্বারা নির্ণয় করা হয় <input type="checkbox"/>	তারিখ: _____				
জলবসন্ত: ভ্যাকসিন <input type="checkbox"/> রোগ <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
সেরোলজি: (অ্যান্টিজেন নির্ণয়/ তারিখ/POS বা NEG) যেমন Hep B, যেমন হাম, রুবেলা, জলবসন্ত	1	2	3	4	5
মেনিংগোকোকাল কনজুগেট ভ্যাকসিন (MCV4)	1	2	3	4	5
হিউম্যান প্যাপিলোমা ভাইরাস (HPV) ধরণ: HPV2 বা HPV4	1	2	3	4	5
ইনফ্লুয়েঞ্জা ধরণ: TIV (injected) LAIV (nasal)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
হ্যামোফিলাস ইনফ্লুয়েঞ্জা ধরণ b (Hib)	1	2	3	4	5
নিউমোকোকাল কনজুগেট ভ্যাকসিন (PCV) ধরণ: 7 বা 13	1	2	3	4	5
হেপাটাইটিস এ (HepA)	1	2	3	4	5
রোটাবাইরাস	1	2	3	4	5
অন্যান্য ভ্যাকসিন: (ধরণ ও তারিখ)					

