



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 <b>DURING</b> or <b>AFTER</b> 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. <b>FEMALES ONLY:</b> 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
<b>Other Vaccines: (Type and Date)</b>					





**ПРИВАТНЫЙ ИЛИ ОБЩЕШКОЛЬНЫЙ  
МЕДОСМОТР  
РЕБЕНКА ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН / УЧАЩИЙСЯ:**  
Стр. 1 формы заполняется перед проведением  
медосмотра учащегося. Возьмите заполненный  
бланк формы с собой на прием.

Бюро общественного здравоохранения

Отдел школьного здравоохранения

ФИО учащегося \_\_\_\_\_

Сегодняшнее число \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Возраст на момент осмотра \_\_\_\_\_

Пол: М Ж

**Лекарственные препараты и аллергия:** укажите все рецептурные/безрецептурные препараты/БАДы (травяные/пищевые), которые учащийся принимает в настоящее время:

\_\_\_\_\_

Есть ли у учащегося аллергия?  Нет  Да (если «Да», укажите тип ниже)

Мед. препараты  Пыльца  Пища  Укусы насекомых

Ответьте «Да» или «Нет»; если вы затрудняетесь с ответом на вопрос, обведите его кружком.

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ: УЧАЩИЙСЯ...	ДА	НЕТ
1. Имеет хронические заболевания? Если «Да», укажите какие: <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Анемия <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Инфек. заболевания Другое _____		
2. Был (-а) госпитализирован (-а) дольше 1 ночи?		
3. Перенес (-ла) хирург. вмешательство?		
4. Имел (-а) судорожные приступы?		
5. Имеет врожденное/приобретенное отсутствие почки, глаза, яичка (у мужчин), селезенки или любого другого органа?		
6. Испытывал (-а) недомогание во время занятий спортом в жару?		
7. Испытывал (-а) частые мышечные судороги при физнагрузке?		
<b>ГОЛОВА/ШЕЯ/ПОЗВОНОЧНИК: УЧАЩИЙСЯ...</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
8. Испытывал (-а) головные боли при физнагрузке?		
9. Получал (-а) травму головы или сотрясение мозга?		
10. Получал (-а) травму головы, которая вызвала спутанность сознания, продолжительную головную боль или проблемы с памятью?		
11. Чувствовал (-а) онемение, покалывание или слабость в руках / ногах после удара или падения?		
12. Не мог (-ла) двигать руками / ногами после удара или падения?		
13. Замечал (-а) у себя или имеет диагноз искривление позвоночника / сколиоз?		
14. Имел (-а) проблемы с глазами (зрением) или травмы глаз?		
15. Учащему прописано ношение очков / контактных линз?		
<b>СЕРДЦЕ/ЛЕГКИЕ: УЧАЩИЙСЯ...</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
16. Пользовался (-ась) ингалятором или принимал (-а) лекарства от астмы?		
17. Имеет диагностированные нарушения в работе сердца? Отметьте все, что применимо: <input type="checkbox"/> Шумы или сердечные инфекции <input type="checkbox"/> Высокое арт. давление <input type="checkbox"/> Болезнь Кавасаки <input type="checkbox"/> Повышенный холестерин <input type="checkbox"/> Другое: _____		
18. Был (-а) направлен (-а) врачом на обследование сердца (ЭКГ, эхокардиограмма и т.д.)?		
19. Испытывал (-а) приступ кашля, хрипы, затрудненное дыхание, одышку или чувство головокружения <b>ПРИ</b> или <b>ПОСЛЕ</b> физнагрузки?		
20. Испытывал(-а) дискомфорт, боль, стеснение/давление в груди при физнагрузке?		
21. Испытывал(-а) учащ. сердцебиение/пропуски ударов сердца при физнагрузке?		
<b>КОСТИ/СУСТАВЫ: УЧАЩИЙСЯ...</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
22. Имел (-а) перелом/трещину в кости/стрессовый перелом/вывих сустава?		
23. Травмировал (-а) мышцы, связки или сухожилия?		
24. Носил(-а) бандаж, гипс, костыль или ортез после травмы?		
25. Был(-а) направлен (-а) на рентген, МРТ, КТ, инъекцию или физиотерапию после травмы?		
26. Имел (-а) боли, отек, воспаление суставов, покраснение кожи в области сустава?		
<b>КОЖА: УЧАЩИЙСЯ...</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
27. Имел (-а) высыпания, пролежни или другие проблемы с кожей?		
28. Имел (-а) проявления герпеса или стафилококковой инфекции (МРЗС)?		

УРОГЕНИТАЛЬНАЯ СИСТЕМА: УЧАЩИЙСЯ...	ДА	НЕТ
29. Имел (-а) боли, болезненные выпуклости или грыжи в паховой области?		
30. Имеет в анамнезе инфекции мочевыводящих путей или энурез?		
31. <b>ТОЛЬКО ДЛЯ ЖЕНСКОГО ПОЛА:</b> Менструации? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да»: в каком возрасте наступила первая менструация? ____ Количество менструация за последние 12 месяцев? _____ Дата начала последней менструации: _____		
<b>РОТОВАЯ ПОЛОСТЬ:</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
32. Учащийся страдает от болей или проблем с зубами/деснами?		
33. ФИО стоматолога: _____ Последний стоматологический осмотр: <input type="checkbox"/> Менее 1 года <input type="checkbox"/> 1-2 года <input type="checkbox"/> более 2 лет		
<b>СОЦИАЛИЗАЦИЯ/ОБУЧАЕМОСТЬ: УЧАЩИЙСЯ...</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
34. Имеет проблемы с обучаемостью, умственную отсталость, нарушения развития, когнитивные нарушения, СДВ/ гиперактивность и т.д.?		
35. Подвергался (-ась) школьной травле/издевательствам?		
36. Пережил (-а) горе, травму или другое значительное событие?		
37. Демонстрировал (-а) ли изменения в поведении, общении, успеваемости, привычках питания/сна; отстраненность от членов семьи или друзей?		
38. Испытывал (-а) тревогу, грусть или агрессию большую часть времени?		
39. Демонстрировал (-а) потерю энергии, мотивации, интереса или энтузиазма?		
40. Беспokoится по поводу своего веса: пытался (-ась) набрать/сбросить вес или получить рекомендации по набору/сбросу веса?		
41. Употреблял(-а) (употребляет в настоящее время) табак, алкоголь или наркотики?		
<b>СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ:</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
42. Имеются ли в семье следующие заболевания? Отметьте все, что применимо: <input type="checkbox"/> Анемия/заболевания крови <input type="checkbox"/> Наслед. болезни/синдромы <input type="checkbox"/> Астма/легочная н-ть <input type="checkbox"/> Почечная н-ть <input type="checkbox"/> Нарушения поведения <input type="checkbox"/> Судорги <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Серповидноклеточная болезнь Другое _____		
43. Имеются ли в семье следующие сердечно-сосудистые заболевания? Отметьте все, что применимо: <input type="checkbox"/> Синдром Бругада <input type="checkbox"/> Синдром QT <input type="checkbox"/> Кардиомиопатия <input type="checkbox"/> Синдром Марфана <input type="checkbox"/> Высок. артериальное давление <input type="checkbox"/> Желудочковая тахикардия <input type="checkbox"/> Повышенный холестерин <input type="checkbox"/> Другое _____		
44. Наблюдались ли у кого-либо из членов семьи необъяснимые обмороки, судорожные приступы или случаи утопления?		
45. Имеются ли в анамнеза случаи смерти членов семьи/родственников в возрасте до 50 лет от проблемы с сердцем или их неожиданной/внезапной смерти (включая утопление, ДТП без установленной причины, синдром внезапной детской смерти)?		
<b>ВОПРОСЫ И ЗАМЕЧАНИЯ</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
46. Имеются ли у родителей/опекунов/ учащихся вопросы или замечания к поставщику медицинских услуг, которые они хотели бы обсудить? (Если «Да», укажите их на стр. 4)		

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, вышеуказанная информация является полной и достоверной. Я даю согласие на обмен информацией о состоянии здоровья учащегося между школьной медсестрой и лечащими врачами.

Подпись родителя / опекуна / дееспособного учащегося \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

ДО ПРОВЕДЕНИЯ МЕДОСМОТРА БЫЛА ИЗУЧЕНА ИСТОРИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩЕГОСЯ (стр. 1 данной формы): ДА  НЕТ 

Медосмотр для класса: К/1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/>	ВЫБРАТЬ			*АБНОРМАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ / РЕКОМЕНДАЦИИ / НАПРАВЛЕНИЯ
	НОРМА	* АБНОРМ. РЕЗ.Т	ОТЛОЖ.	
Рост: ( ) дюймов				
Вес: ( ) фунтов				
ИМТ: ( )				
ИМТ/Возраст: ( ) %				
Пульс: ( )				
Арт. давление: ( / )				
Состояние волос/кожи головы				
Состояние кожи				
Глаза/Зрение Коррекция <input type="checkbox"/>				
Уши/слух				
Нос и горло				
Зубы и десна				
Лимфоузлы				
Сердце				
Легкие				
Брюшная полость				
Урогенитальная система				
Нейромышечная система				
Конечности				
Позвоночник (сколиоз)				
Другое				

ТУБЕРКУЛИНОВАЯ ПРОБА	ДАТА ПРОВЕДЕНИЯ	ДАТА ОЦЕНКИ	РЕЗУЛЬТАТ / ПОСЛЕДУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ

МЕДИЦИНСКИЕ СОСТОЯНИЯ ИЛИ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ ТРЕБУЮТ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ, ОГРАНИЧЕНИЯ АКТИВНОСТИ ИЛИ МОГУТ ПОВЛИЯТЬ НА ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ

(Дополнительное место на стр. 4)

Присутствие родителя/опекуна на осмотре: Да  Нет

Медосмотр проведен: Кабинет поставщика медицинских услуг  Школа  Дата \_\_\_\_\_

проведения осмотра \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

ФИО специалиста (печатными буквами) \_\_\_\_\_

Адрес кабинета (печатными буквами) \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Подпись специалиста \_\_\_\_\_ MD  DO  PAC  CRNP

ПОСТАВЩИКИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: *сделайте ксерокопию карты вакцинации из личного дела учащегося — ИЛИ — вставьте информацию ниже.*

## ОСВОБОЖДЕНИЕ(-Я) ОТ ВАКЦИНАЦИИ:

Мед.  Дата выдачи: \_\_\_\_\_ Причина: \_\_\_\_\_ Дата аннулирования: \_\_\_\_\_  
 Мед.  Дата выдачи: \_\_\_\_\_ Причина: \_\_\_\_\_ Дата аннулирования: \_\_\_\_\_  
 Мед.  Дата выдачи: \_\_\_\_\_ Причина: \_\_\_\_\_ Дата аннулирования: \_\_\_\_\_

**ПРИМЕЧАНИЕ:** для освобождения от вакцинации на основании религиозных и философских убеждений родитель/опекун должен направить в школу письменный запрос.

ВАКЦИНА	ДОКУМЕНТ: (1) Тип вакцины; (2) Дата (месяц/день/год) проведения каждой вакцинации				
	1	2	3	4	5
Дифтерия/столбняк/коклюш (дети) Тип: DТaP, DTP или DT					
Дифтерия/столбняк/коклюш (подростки/взрослые) Тип: Tdap или Td					
Полномочелит Тип: OPV или IPV					
Гепатит В (HepB)					
Корь/свинка/краснуха (MMR)					
Диагностированное заболевание свинкой <input type="checkbox"/>	Дата: _____				
Ветряная оспа: Вакцина <input type="checkbox"/> Иммунитет <input type="checkbox"/>					
Серология: (тест на антиген/дата/ПЛЖ или ОТРЦ) например, гепатит В, корь, краснуха, ветряная оспа					
Менингококковая конъюгированная вакцина (MCV4)					
Вирус папилломы человека (ВПЧ) Тип: HPV2 или HPV4					
Грипп Тип: TIV (инъекционная) LAIV (назальная)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
Гемофильная инфекция типа b (Hib)					
Пневмококковая конъюгированная вакцина (PCV) типа: 7 или 13					
Гепатит А (HepA)					
Ротавирус					
<b>Другие вакцины: (тип и дата)</b>					

