



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)					

والدین / سرپرست / طالب علم:
طالب علم کے امتحان سے پہلے اس فارم کا صفحہ ایک
مکمل کریں، اپائنٹمنٹ کے لیے بھرا ہوا فارم لیں۔

اسکول کی عمر کے طلباء کے لیے پرائیویٹ یا اسکول کا جسمانی معائنہ

کمپونٹی ہیلتھ سسٹم کا دفتر
اسکول ہیلتھ ڈویژن

آج کی تاریخ _____

طالب علم کا نام _____

جنس مذکر مونث

معائنہ کے وقت عمر _____

تاریخ پیدائش _____

دوائیں اور الرجی: برائے مہربانی ان تمام دواؤں اور سپلیمنٹس جو نسخے یا بغیر نسخے کے ہیں کی فہرست بنائیں جو طالب علم فی الحال لے رہا ہے:

کیا طالب علم کو کسی قسم کی الرجی ہے؟ نہیں ہاں (اگر ہاں، تو مخصوص الرجی اور رد عمل کی فہرست بنائیں۔)

دوائیں

غذا

پولینز

ڈنک مارنے والے کیڑے

ہاں یا نہیں کالم میں ٹک والے نشان کے ساتھ درج ذیل سیکشن کو مکمل کریں، جن سوالات کے جواب آپ کو نہیں معلوم ان پر دائرہ لگائیں۔

نہیں	ہاں	چینیٹوبیوری: کیا طالب علم کو...
		29. کیا کمر میں درد تھا یا نالی کے علاقے میں دردناک ابھار یا برنیا ہوا تھا؟
		30. پیشاب کی نالی میں انفیکشن یا بستر بھیگنے کی تاریخ تھی؟
		31. صرف خواتین: کیا مابواری آئی تھی؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں اگر ہاں: اس کی پہلی مابواری کس عمر میں تھی؟ پچھلے 12 مہینوں میں اسے کتنے مابواری آئے ہیں؟ _____ آخری مابواری کی تاریخ: _____
نہیں	ہاں	دانتوں سے متعلق:
		32. کیا طالب علم کو اس کے مسوڑھوں یا دانتوں میں کوئی درد یا پریشانی ہوئی ہے؟
		33. طالب علم کے دانتوں کے ڈاکٹر کا نام: _____ دانتوں کا آخری دورہ: <input type="checkbox"/> 1 سال سے کم <input type="checkbox"/> 1-2 سال <input type="checkbox"/> 2 سال سے زیادہ
نہیں	ہاں	سماجی تعلیم: کیا طالب علم کو...
		34. بتایا گیا کہ اسے سیکھنے کی معذوری، فکری یا ترقیاتی معذوری، علمی تاخیر، ADD/ADHD، وغیرہ ہے؟
		35. غنڈہ گردی کا نشانہ بنایا گیا ہے یا اسے غنڈہ گردی کا سامنا ہوا ہے؟
		36. بڑے غم، صدمے، یا زندگی کے دیگر اہم واقعات کا تجربہ کیا ہے؟
		37. رویے، سماجی تعلقات، درجات، کھانے یا سونے کی عادات میں نمایاں تبدیلیاں ظاہر کیں۔ کتبہ یا دوستوں سے دستبردار ہوا؟
		38. زیادہ وقت پریشان، غمگین، اداس، یا غصے میں رہ رہا ہوا؟
		39. توانائی، حوصلہ افزائی، دلچسپی یا جوش کا عام نقصان دکھایا؟
		40. وزن کے بارے میں تشویش تھی؟ وزن بڑھانے یا کم کرنے کی کوشش کر رہے ہیں یا وزن بڑھانے یا کم کرنے کی سفارش موصول ہوئی ہے؟
		41. تمباکو، الکحل، یا منشیات کا استعمال کیا تھا (یا فی الحال استعمال کرتا ہے)؟
نہیں	ہاں	خاندانی صحت:
		42. کیا مندرجہ ذیل کی کوئی خاندانی تاریخ ہے؟ اگر ایسا ہے تو، لاگو ہونے والے تمام کو ٹک کریں: <input type="checkbox"/> خون کی کمی / خون کے عارضے <input type="checkbox"/> موروثی بیماری/سنڈروم <input type="checkbox"/> دمہ/پھیپھڑوں کے مسائل <input type="checkbox"/> گردے کے مسائل <input type="checkbox"/> طرز عمل سے متعلق صحت کا مسئلہ <input type="checkbox"/> دورے کے عارضے <input type="checkbox"/> ذیابیطس <input type="checkbox"/> سکول سیل کی خصوصیت یا بیماری دیگر _____
		43. کیا درج ذیل میں سے کسی بھی دل سے متعلق مسائل کی خاندانی تاریخ ہے؟ اگر ایسا ہے تو، لاگو ہونے والے تمام کو ٹک کریں: <input type="checkbox"/> بروکاڈا سنڈروم <input type="checkbox"/> QT سنڈروم <input type="checkbox"/> کارڈیو مابویٹیمی <input type="checkbox"/> مارفن سنڈروم <input type="checkbox"/> ہائی بلڈ پریشر <input type="checkbox"/> وینٹریکلر ٹیکی کارڈیا <input type="checkbox"/> بڑھا ہوا کولیسٹرول <input type="checkbox"/> دیگر _____
		44. کیا خاندان کے کسی رکن کو بے ہوشی، غیر واضح دورے، یا قریب قریب ڈوبنے کا تجربہ ہوا ہے؟
		45. کیا خاندان کے کسی فردا رشتہ دار کی موت 50 سال کی عمر سے پہلے دل کے مسائل سے ہوئی ہے یا 50 سال کی عمر سے پہلے اس کی غیر متوقع/ غیر واضح اچانک موت ہوئی ہے (جس میں ٹوینا، غیر واضح کار حادثات، اچانک بچوں کی موت کا سنڈروم شامل ہے)؟
نہیں	ہاں	سوالات یا خدشات
		46. کیا کوئی سوالات یا خدشات ہیں جن پر طالب علم، والدین یا سرپرست صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے سے بات کرنا چاہیں گے؟ (اگر ہاں، تو انہیں اس فارم کے صفحہ 4 پر لکھیں۔)

نہیں	ہاں	صحت عامہ: کیا طالب علم کو...
		1. کوئی جاری طبی حالات؟ اگر ایسا ہے تو، برائے مہربانی شناخت کریں: دمہ <input type="checkbox"/> خون کی کمی <input type="checkbox"/> ذیابیطس <input type="checkbox"/> انفیکشن دیگر _____
		2. کبھی ہسپتال میں ایک رات سے زیادہ قیام کیا؟
		3. کبھی سرجری ہوئی؟
		4. کبھی دورہ پڑا؟
		5. گردے، آنکھ، خصیہ (مذکر)، تلی، یا کسی دوسرے عضو کے بغیر پیدا ہونے یا غائب ہونے کی تاریخ رہی ہے؟
		6. گرمی میں ورزش کرتے ہوئے کبھی بیمار ہوئے؟
		7. ورزش کرتے وقت اعصاب میں بار بار اینٹھن ہوتی تھی؟
نہیں	ہاں	سرگرنڈن ریڑھ کی ہڈی: کیا طالب علم کو...
		8. ورزش سے سر میں درد تھا؟
		9. کبھی سر میں چوٹ یا تشنج ہوئی ہے؟
		10. کبھی سر پر کوئی ضرب یا دھچکا ہوا ہے جس کی وجہ سے الجھن، طویل سر درد، یا یادداشت کے مسائل پیدا ہوئے ہیں؟
		11. کبھی ٹکرانے یا گرنے کے بعد اس کے بازوؤں یا ٹانگوں میں بے حسی، جھنجھاپٹ یا کمزوری ہوئی ہے؟
		12. کبھی ٹکرانے یا گرنے کے بعد بازوؤں یا ٹانگوں کو حرکت دینے سے قاصر رہے ہیں؟
		13. محسوس کیا گیا یا بتایا گیا کہ اسکلیوسس کی وجہ سے اس کی ریڑھ کی ہڈی گھماؤ دار ہے؟
		14. اس کی آنکھوں (بصارت) میں کوئی مسئلہ تھا یا آنکھ میں چوٹ کی کوئی تاریخ تھی؟
		15. چشمے یا کانٹیکٹ لینز تجویز کیے گئے؟
نہیں	ہاں	دل / پھیپھڑے: کیا طالب علم کو...
		16. کبھی اینیبلر استعمال کیا یا دمہ کی دوا لی؟
		17. کبھی ڈاکٹر نے کہا ہے کہ اسے دل کا مسئلہ ہے؟ اگر ایسا ہے تو، لاگو ہونے والے تمام کو ٹک کریں: <input type="checkbox"/> دل کی گنگناہٹ یا دل کا انفیکشن <input type="checkbox"/> ہائی بلڈ پریشر <input type="checkbox"/> کاواساکی بیماری <input type="checkbox"/> کولیسٹرول بڑھنا دیگر: _____
		18. کیا ڈاکٹر نے دل کا معائنہ کروانے کو کہا ہے؟ (مثال کے طور پر، ECG/EKG، ایکو کارڈیوگرام)؟
		19. کیا آپ کو کھانسی، گھر گھراہٹ، سانس لینے میں دشواری، سانس لینے میں تکلیف، یا ورزش کے دوران یا اس کے بعد ہلکا سر محسوس ہوا؟
		20. ورزش کے دوران تکلیف، درد، جھکن یا سینے میں دبائو تھا؟
		21. ورزش کے دوران اپنے دل کی دوڑ یا دھڑکنوں کو چھوڑنا محسوس کیا؟
نہیں	ہاں	ہڈی / جوڑ: کیا طالب علم کو...
		22. کیا آپ کو فریکچر ہوا ہے، ہڈی ٹوٹی ہے، اسٹریس فریکچر یا جوڑ منقطع ہوا ہے؟
		23. کیا آپ کو عضلات، لیگامینٹ یا وتر میں چوٹ لگی ہے؟
		24. کیا کوئی چوٹ لگی تھی جس کے لیے تسمہ، کاسٹ، بیساکھی یا آرتھوٹیکس کی ضرورت تھی؟
		25. کسی طرح کی چوٹ لگنے کے بعد ایکس رے، ایم آر آئی، سی ٹی اسکین، انجیکشن یا فزیکل تھراپی کی ضرورت پڑی؟
		26. کیا جوڑوں میں درد ہو رہا تھا، سوجن ہو گیا تھا، گرم لگ رہے تھے، یا سرخ نظر آ رہے تھے؟
نہیں	ہاں	جلد: کیا طالب علم کو...
		27. کیا کوئی خارش، دباؤ کے زخم، یا جلد کے دیگر مسائل تھے؟
		28. کبھی بریس یا MRSA جلد کا انفیکشن ہوا ہے؟

میں یہاں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ میری بہترین معلومات کے مطابق تمام معلومات درست اور مکمل ہیں۔ میں اسکول کی نرس اور صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں
کے درمیان صحت کی معلومات کے تبادلے کے لیے اپنی رضامندی دیتا ہوں۔

تاریخ _____

والدین/سرپرست/آزاد طالب علم کے دستخط _____

حصہ لینے سے پہلے کے جسمانی تشخیص کی تاریخ کے فارم سے جزوی طور پر موافقت پذیر؛ ©2010 امریکن اکیڈمی آف فیملی فزیشنز، امریکن اکیڈمی آف پیڈیاٹرکس، امریکن کالج آف سپورٹس میڈیسن، امریکن میڈیکل
سوسائٹی فار سپورٹس میڈیسن، امریکن آرٹھوپڈیک سوسائٹی فار سپورٹس میڈیسن، اور امریکن اوسٹیو پیٹھک اکیڈمی آف سپورٹس میڈیسن۔

طالب علم کی صحت کی تاریخ (اس فارم کا صفحہ 1) امتحان دینے سے پہلے جانزہ لیا گیا:

ہاں نہیں

*غیر معمول نتائج / سفارشات / حوالہ جات	ایک کو ٹک کریں			گریڈ کے لیے جسمانی معائنہ: K/1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/>
	موجز کرنا	غیر معمول	حسب معمول	
				قد: () انچ
				وزن: () پاؤنڈز
				BMI: ()
				BMI-برائے عمر کا فیصد: () %
				نبض: ()
				بلڈ پریشر: (/)
				بال / کھوپڑی
				جلد
				آنکھیں/بصارت درست کی گئی <input type="checkbox"/>
				کان / سماعت
				ناک اور گلا
				دانت اور مسوڑھا
				لمف غدود
				قلب
				پھیپھڑے
				پیٹ
				جینٹیورینری
				اعصابی نظام
				انتہا پسندی
				ریڑھ کی ہڈی (اسکولیوسس)
				دیگر

نتیجہ/ فالو اپ	پڑھنے کی تاریخ	اپلائی کرنے کی تاریخ	ٹبرکولن ٹیسٹ

طبی حالات یا دائمی بیماریاں جن کے لیے دواؤں کی ضرورت ہوتی ہے، سرگرمی پر پابندی، یا جو تعلیم کو متاثر کر سکتی ہیں

(صفحہ نمبر 4 پر اضافی جگہ)

معائنہ کے دوران والدین/سرپرست کی موجودگی: ہاں نہیں جسمانی معائنہ انجام دیا گیا: ذاتی صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کا دفتر اسکول امتحان کی تاریخ _____ 20 _____

معائنہ کار کا پرنٹ شدہ نام _____

معائنہ کار کے دفتر کا پرنٹ شدہ پتہ _____ فون _____

معائنہ کار کے دستخط _____ CRNP PAC DO MD

صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے: برائے مہربانی طالب علم کے ریکارڈ سے حفاظتی ٹیکوں کی تاریخ کی فوٹو کاپی کریں - یا - نیچے معلومات داخل کریں۔

حفاظتی ٹیکوں سے استثنیٰ:

طبی جاری کی گئی تاریخ: _____ وجہ: _____
 طبی جاری کی گئی تاریخ: _____ وجہ: _____
 طبی جاری کی گئی تاریخ: _____ وجہ: _____
 منسوخ کی گئی تاریخ: _____
 منسوخ کی گئی تاریخ: _____
 منسوخ کی گئی تاریخ: _____

نوٹ: والدین/سرپرست کو مذہبی یا فلسفیانہ استثنیٰ کے لیے اسکول کو تحریری درخواست ضرور فراہم کرنی چاہیے۔

دستاویز: (1) ویکسین کی قسم؛ (2) ہر حفاظتی ٹیکوں کی تاریخ (مہینہ/دن/سال)					ویکسین
5	4	3	2	1	دپتھیریا/ٹیٹنس/پرتیوسس (بچہ) کی قسم: DT یا DTP، DTaP
5	4	3	2		دپتھیریا /ٹیٹنس/پرتیوسس (نوع عمر/بالغ) قسم: Td یا Tdap
5	4	3	2		پولیو قسم: IPV یا OPV
5	4	3	2		ہیپاٹائٹس بی (HepB)
5	4	3	2	1	خسرہ/مپس/روبیلا (MMR)
تاریخ: _____					ممپس بیماری کی تشخیص معالج کے ذریعے کی گئی ہے <input type="checkbox"/>
5	4	3	2	1	وریسیلا: ویکسین <input type="checkbox"/> بیماری <input type="checkbox"/>
5	4	3	2	1	سیروولوجی: (اینٹیجن/تاریخ/POS یا NEG کی شناخت کریں) یعنی ہیپ بی، خسرہ، روبیلا، وریسیلا
5	4	3	2	1	میننگوکوکل کنجوگیٹ ویکسین (MCV4)
5	4	3	2	1	ہیومن پیپیلوما وائرس (HPV) کی قسم: HPV2 یا HPV4
5	4	3	2	1	انفلونزا قسم: TIV (انجکشن) LAIV (ناک)
10	9	8	7	6	
15	14	13	12	11	
5	4	3	2	1	ہیما فیلز انفلونزا کی قسم بی (Hib)
5	4	3	2	1	نیوموکوکل کنجوگیٹ ویکسین (PCV) کی قسم: 7 یا 13
5	4	3	2	1	ہیپاٹائٹس اے (HepA)
5	4	3	2	1	روٹا وائرس
دیگر ویکسین: (قسم اور تاریخ)					

