



AMERICAN COMMUNITY SCHOOLS OF ATHENS

STUDENT HEALTH EXAMINATION FORM

To be completed by a qualified physician and submitted within 30 days of registration

Student's Name: _____ Grade: _____ Date of Birth: _____

Date of Examination: _____

A. HEALTH EXAMINATION

Height _____ Weight _____ Blood Pressure _____

(v) Normal = N Abnormal = A	N	A	Comment: Abnormal Findings by number
1. Appearance			
2. Skin			
3. Head/Scalp			
4. Eyes/Visual Acuity (R&L)			
5. Ears/Auditory Acuity (R & L)			
6. Nose/Throat			
7. Mouth, Teeth, and Gums			
8. Chest/Lungs			
9. Heart			
10. Abdomen			
11. Muscular-Skeletal			
12. Neurological			
13. Alertness			
14. Emotional/Mental/Behavior Problems			
15. Handicap, Physical/Other (specify)			
16. Activity restrictions (specify)			
17. Other			

HEALTH HISTORY - serious illness, injuries (specify):

VACCINE		DATE EACH DOSE WAS GIVEN					
		1 st	2 nd	3 rd	4 th	5 th	Booster
DTP/DTaP/DT/Td (Diphtheria, Tetanus and Acellular Pertussis OR Tetanus and Diphtheria only)							
POLIO (OPV or IPV)							
MMR (Measles, Mumps, and Rubella)							
HIB							
HEPATITIS B							
VARICELLA (Chickenpox)							
HEPATITIS A							
TB SKIN TESTS	Type*	Date given	Date read	Mm indur	Impression	CHEST X-RAY (necessary if skin test positive) Film date: _____ Impression: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal Person is free of communicable tuberculosis: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> PPD-Mantoux				<input type="checkbox"/> Pos +		
	<input type="checkbox"/> Other				<input type="checkbox"/> Neg -		
	<input type="checkbox"/> PPD-Mantoux				<input type="checkbox"/> Pos +		
	<input type="checkbox"/> Other				<input type="checkbox"/> Neg -		

Physician's Name: _____

Physician's Signature: _____

Address: _____

Date: _____ Telephone: _____



ΣΧΟΛΕΣ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗΣ ΠΑΡΟΙΚΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

ΔΕΛΤΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Αφού συμπληρωθεί από τον αρμόδιο ιατρό, να επιστραφεί στο ιατρείο του σχολείου μέσα σε διάστημα 30 ημερών από την ημέρα εγγραφής του μαθητή

Όνομα Μαθητή/Μαθήτριας: _____ Τάξη: _____ Ημ/νία Γέννησης: _____

Ημ/νία Εξέτασης: _____

A. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ύψος _____ Βάρος _____ Πίεση _____

(V) Φυσιολογικό = Φ Μη Φυσιολογικό = Μ	Φ	Μ	Σχόλια: Μη φυσιολογικά ευρήματα
1. Όψη			
2. Δέρμα			
3. Κεφάλι/Τριχωτό Κεφαλής			
4. Οφθαλμοί Δ/Α			
5. Αυτιά Δ/Α			
6. Μύτη/Φάρυγξ			
7. Στόμα, Δόντια, Ούλα			
8. Θώρακας/Πνευμόνια			
9. Καρδιά			
10. Κοιλιά			
11. Μυϊκό Σύστημα			
12. Νευρικό Σύστημα			
13. Εγρήγορση			
14. Συναισθ/Πνευμ Προβλήματα Συμπεριφοράς			
15. Αναπηρίες, Σωματικές (άλλες)			
16. Περιορισμού σωματικής άσκησης			
17. Άλλα			

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ: (Σοβαρή αρρώστια, τραυματισμοί: αναφέρετε)

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ			ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΘΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ					
			1 st	2 nd	3 rd	4 th	5 th	Booster
DTP/DTaP/DT/Td (Diphtheria, Tetanus and Acellular Pertussis OR Tetanus and Diphtheria only)								
POLIO (OPV or IPV)								
MMR (Measles, Mumps, and Rubella)								
HIB								
HEPATITIS B								
VARICELLA (Chickenpox)								
HEPATITIS A								
TB SKIN TESTS	Type*	Date given	Date read	Mm indur	Impression	CHEST X-RAY (necessary if skin test positive) Film date: _____		
	<input type="checkbox"/> PPD-Mantoux				<input type="checkbox"/> Pos +	Impression: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal		
	<input type="checkbox"/> Other				<input type="checkbox"/> Neg -	Person is free of communicable tuberculosis:		
	<input type="checkbox"/> PPD-Mantoux				<input type="checkbox"/> Pos +	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Other				<input type="checkbox"/> Neg -			

Όνομα Ιατρού: _____

Υπογραφή Ιατρού: _____

Διεύθυνση: _____

Ημ/νία: _____ Τηλέφωνο: _____