



# AMERICAN COMMUNITY SCHOOLS OF ATHENS

## STUDENT HEALTH EXAMINATION FORM

To be completed by a qualified physician and submitted in a sealed envelope to the Health Office within 15 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 <sup>st</sup>	2 <sup>nd</sup>	3 <sup>rd</sup>	4 <sup>th</sup>	5 <sup>th</sup>	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						
PCV						
HEPATITIS B						
VARICELLA (Chickenpox)						
HEPATITIS A						
MCC						
Men ACWY						
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 σε σφραγισμένο φάκελο μέσα σε διάστημα 15 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; Παρακαλώ αναφέρετε)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΘΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ					
		1 <sup>st</sup>	2 <sup>nd</sup>	3 <sup>rd</sup>	4 <sup>th</sup>	5 <sup>th</sup>	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							
PCV							
HEPATITIS B							
VARICELLA (Chickenpox)							
HEPATITIS A							
MCC							
Men ACWY							
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: \_\_\_\_\_