



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 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							
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 -		

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. Εγρήγορη				
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 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							
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"/> Other				<input type="checkbox"/> Pos + <input type="checkbox"/> Neg -	Impression: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal	
	<input type="checkbox"/> PPD-Mantoux <input type="checkbox"/> Other				<input type="checkbox"/> Pos + <input type="checkbox"/> Neg -	Person is free of communicable tuberculosis: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Όνομα Ιατρού: _____

Υπογραφή Ιατρού: _____

Διεύθυνση: _____

Ημ/νία: _____ Τηλέφωνο: _____