

**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 _____

(✓) 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			

B. HEALTH HISTORY (Serious illness, injuries: (Specify))

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN					
	1st	2nd	3rd	4th	5th	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* <input type="checkbox"/> PPD-Mantoux <input type="checkbox"/> Other	Date given	Date read	mm indur	Impression <input type="checkbox"/> Pos + <input type="checkbox"/> Neg -	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"/> Other				<input type="checkbox"/> Pos + <input type="checkbox"/> Neg -	

PHYSICIAN'S NAME: _____ **PHYSICIAN'S SIGNATURE:** _____
(Please Print)

Address: _____ Date: _____

_____ Telephone: _____

**ΣΧΟΛΕΙΑ 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 _____

Ημερομηνία Γέννησης _____ Ημερομηνία Εξέτασης _____

A. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ Ύψος _____ Βάρος _____ Πίεση _____

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

B. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ (Σοβαρή αρρώστια, τραυματισμοί: αναφέρετε) _____

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΘΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ					
		1st	2nd	3rd	4th	5th	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)	
	<input type="checkbox"/> PPD-Mantoux				<input type="checkbox"/> Pos +	Film date: _____	
	<input type="checkbox"/> Other				<input type="checkbox"/> Neg -	Impression: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal	
	<input type="checkbox"/> PPD-Mantoux				<input type="checkbox"/> Pos +	Person is free of communicable tuberculosis:	
	<input type="checkbox"/> Other				<input type="checkbox"/> Neg -	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	

ΟΝΟΜΑ ΙΑΤΡΟΥ: _____ **ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ:** _____
(Κεφαλαία)

Διεύθυνση: _____ **Ημερομηνία:** _____

_____ **Τηλέφωνο:** _____