

HEALTH OFFICE
STUDENT HEALTH EXAMINATION FORM
To be completed by a qualified physician

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. Musculo-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) _____

(If further information is necessary, please use an additional page)

C. LABORATORY (as indicated)

Hemoglobin _____ Tuberculin test : Type _____
 Urine _____ date _____
 Chest X-ray _____ results _____

D. IMMUNIZATION RECORD (Please check if vaccinations are complete and up-to-date, giving year of last booster)

Diphtheria _____ Measles _____
 Pertussis _____ Mumps _____
 Tetanus _____ German Measles (Rubella) _____
 Polio _____ Hepatitis B _____
 Others : _____

PHYSICIAN'S NAME : _____
 (Please Print)

PHYSICIAN'S SIGNATURE : _____

Address : _____

Date : _____
 Telephone : _____

ΣΧΟΛΕΣ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗΣ ΠΑΡΟΙΚΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

ΔΕΛΤΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Όνομα Μαθητή/Μαθήτριας : _____ Τάξη : _____

Ημερ/νία Γέννησης : _____ Ημερ/νία Εξέτασης : _____

A. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ Ύψος _____ Βάρος _____ Πίεση _____

(✓) Φυσιολογικό = Φ	Μη Φυσιολογικό = Μ	Φ	Μ	Σχόλια : Μη φυσιολογικά ευρήματα
1. Όψη				
2. Δέρμα				
3. Κεφάλι / Τριχωτό κεφάλι				
4. Οφθαλμοί Δ/Α				
5. Αυτιά Δ/Α				
6. Μύτη / Φάρυγγ				
7. Στόμα / Δόντια / Ούλα				
8. Θώρακας / Πνευμόνια				
9. Καρδιά				
10. Κοιλιά				
11. Μυικό Σύστημα				
12. Νευρικό Σύστημα				
13. Εργήφοροι				
14. Συναισθ./Πνευμ./Προβλ. Συμπεριφοράς				
15. Ανατηρίες, Σωματιζές / Άλλες				
16. Περιορισμοί σωματικής άσκησης				
17. Άλλα				

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

(Αν χρειάζονται περισσότερες πληροφορίες, χρησιμοποιείστε συμπληρωματική σελίδα)

Γ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Αιμοσφαρίνη _____ Τέστ φυματιώσεως : τύπος _____
 Γενική Ούρων _____ ημερομηνία _____
 Ακτινογραφία Θώρακος _____ αποτελέσματα _____

Δ. ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ (Παρακαλώ σημειώστε αν τα εμφύλια έγιναν και αναφέρετε την ημερομηνία του τελευταίου αναμνηστικού)

Διφθερίτις _____	Γλαυκίτις _____
Κοκκύτης _____	Παρωτίτις _____
Τέτανος _____	Ερυθρά _____
Πολυομυελίτις _____	Ηπατίτις Β _____
	Άλλα : _____

ΟΝΟΜΑ ΙΑΤΡΟΥ : _____ **ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ :** _____

(Κεφαλαία)

Διεύθυνση : _____ Ημερομηνία : _____

Τηλέφωνο : _____

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΚΑΙ ΝΑ ΣΤΑΛΕΙ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΩΝ ΣΧΟΛΩΝ ΜΕΣΑ ΣΕ 30 ΗΜΕΡΕΣ