BLUE SPRINGS SCHOOL DISTRICT
VĂN PHÒNG CÁC DỊCH VỤ Y TẾ

Bác sĩ kiểm tra riêng của Báo cáo y tế

(Báo cáo bảo mật - Báo cáo này được trả lại trực tiếp cho y tá của trường)

Tên của học sinh _____ DOB _____ Tuổi trên thi _____

Tiêm chủng RECORD - PHẢI CÓ THÁNG, NGÀY VÀ NĂM COMPLETE							
DTaP/DT	**Td**	**POLIO**	**HEP B**	**HIB**	**MMR**	**VARICELLA**	**HEP A**
KHÁC							

Ngày của kỳ thi _____ **Tất cả thông tin phải được trong vòng 12 tháng**

cao _____ Trọng lượng _____ phần trăm _____ Bp _____ Nhiệt độ _____

Tầm nhìn: bên phải _____ bên trái _____ Cả hai _____ nghe: bên phải _____ bên trái _____

Nhận xét về hệ thống	Bình thường	Bất thường - ý kiến / đề nghị làm theo-up
Eyes		
Tai Mũi Họng		
Răng / lợi		
da		
tim mạch		
hô hấp		
cơ bắp Skeleton		
cơ quan sinh dục		
Tâm Thần		

Phòng thí nghiệm kiểm tra (yêu cầu): Hgb/Hct _____ UA _____ lượng chì trong máu _____
Sickle tế bào _____
Theo ý kiến / đề nghị _____

Xin vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp vì nó liên quan đến đứa trẻ này

Ĩ Tôi đã xem xét các trẻ em nêu trên và nhận thấy trẻ em được sức khỏe thật tốt và có khả năng tham gia đầy đủ ở trẻ em một sớm, Tiểu, Trung, hoặc chương trình giáo dục trung học.

ĩ Tôi đã xem xét các con đề cập ở trên và thấy rằng do một tình trạng thể chất, trẻ em có khả năng tham gia vào trẻ em một sớm, Tiểu, Trung, hoặc chương trình giáo dục trung học với những hạn chế sau đây (xin vui lòng thêm các trang bổ sung khi cần thiết)

_____

_____

_____

Bác sĩ tên _____ địa chỉ _____
XIN VUI LÒNG IN

Bác sĩ chữ ký _____ Điện thoại _____