

# Kindergarten Health Form

## إدارة التعليم العام بمدينة أيوا الإستمارة الصحية لأطفال رياض الأطفال – الحضانة

كما أن عليكم مسؤولية تقديم شهادة التطعيم كاملة كشرط من شروط الإلتحاق برياض الأطفال ( الحضانة).

### تعليمات إلى أولياء الأمور:-

- للفحص الطبي بمعرفة المختصين بالرعاية الصحية أهمية مزدوجة ، أولاً لصحة الطفل وثانياً لكي تقدم المدرسة العناية الصحية اللازمة للطفل.
  - هذه الصفحة من الإستمارة خاصة بالبيانات التي يسجلها أولياء الأمور، والصفحة التالية يستكملها الطبيب وبعد إتمام ذلك يرجى تقديم الإستمارة لإدارة المدرسة في بداية العام الدراسي.
  - بيانات الطفل:-
    - إسم العائلة:-
    - إسم الطفل:-
    - محل الإقامة:-
    - تاريخ ومكان الميلاد:-
    - الطبيب أو المسئول الصحي:-
    - المستشفى المفضل:-
    - طبيب الأسنان:-
- رقم الهاتف  
رقم الهاتف  
رقم الهاتف

صفحة من 1 الى 1

هل لدى طفلكم حالياً أو أنه قد أُصيب بأي من هذه الأمراض؟

لا	نعم	نوع المرض
		1- أزمة ربوية
		2- تشنجات عصبية
		3- مرض السكر
		4- أمراض قلبية
		5- الإكتئاب أو التوتر
		6- ضعف التركيز أو ضعف التركيز مع النشاط الزائد
		7- حساسية الأطعمة أو العقاقير أو لدغة النحل أو لحبوب اللقاح المحمولة جواً
		8- الصداع
		9- ضعف الإبصار ( عيونات أو عدسات لاصقة)

10- حالة السمع:-

الأذن اليسرى:-

الأذن اليمنى :-

سماعات:-

11- حالة التغذية والشهية:-

12- حالة الجهاز البولي والجهاز الهضمي:-

في هذه المساحة يُنصَح بالإفاضة في شرح أي حالة ذُكرت في القائمة المذكورة:-

---

---

---

صفحة من 1 الى 2

**KINDERGARTEN STUDENT HEALTH STATUS  
IOWA CITY COMMUNITY SCHOOL DISTRICT**

NAME \_\_\_\_\_ BIRTHDATE\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATE OF EXAMINATION\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**THIS SIDE TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER, or PHYSICIAN ASSISTANT:**

I hereby certify that the above named child was examined by me within the past twelve months and is able to participate in the school program of the Iowa City Community School District. YES [  ] NO [  ]

Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ Blood Pressure \_\_\_\_\_ Hearing \_\_\_\_\_

Vision – \_\_\_\_\_ (Please complete Iowa Certificate of Vision Screening)

**CONCERNS/ RESTRICTIONS:**

<p>1. Does this child have any vision, hearing, or speech concerns that the school should be aware of and/or make accommodations for? YES [ <input type="checkbox"/> ] NO [ <input type="checkbox"/> ]</p> <p>Needs further evaluation? YES [ <input type="checkbox"/> ] NO [ <input type="checkbox"/> ]</p>	<p>If yes or further evaluation is needed, please describe:</p>
<p>2. Does this child have any condition which may affect the child's participation in: Classroom activities? YES [ <input type="checkbox"/> ] NO [ <input type="checkbox"/> ] Physical education/physical activities? YES [ <input type="checkbox"/> ] NO [ <input type="checkbox"/> ]</p>	<p>If yes, please describe:</p>
<p>3. Does this child have any condition which may result in a classroom emergency, i.e. asthma, seizures, fainting, diabetes, etc. ? YES [ <input type="checkbox"/> ] NO [ <input type="checkbox"/> ]</p>	<p>If yes, please describe:</p>
<p>4. Is there any emotional, mental, or physical condition for which this child should remain under periodic medical observation? YES [ <input type="checkbox"/> ] NO [ <input type="checkbox"/> ]</p> <p>Needs further evaluation? YES [ <input type="checkbox"/> ] NO [ <input type="checkbox"/> ]</p>	<p>If yes or further evaluation is needed, please describe:</p>
<p>5. Teeth and gums: _____ No obvious problems _____ Requires dental care _____ Requires urgent dental care</p>	<p>Referral made to:</p>
<p>6. Are immunizations up to date? YES [ <input type="checkbox"/> ] NO [ <input type="checkbox"/> ]</p>	<p>If no, please identify missing immunizations and plans for bringing up to date:</p>
<p>7. Has this child received a blood lead screening test, as required by Iowa law? YES [ <input type="checkbox"/> ] NO [ <input type="checkbox"/> ]</p>	<p>If so, please give the date and result of the lead screening, and plan for follow up if needed:</p>

\_\_\_\_\_  
Physician, NP, or PA Name (Printed)

\_\_\_\_\_  
Phone

\_\_\_\_\_  
Physician, NP, or PA Signature

\_\_\_\_\_  
Today's Date