



School Entry Physical Examination

မိဘမှ ပြီးမြောက်ရန်

ကျောင်းသားအမည် (နောက်ဆုံး၊ ပထမ) _____ မွေးသက္ကရာဇ် ___/___/___

လိင် [] M [] F လမ်းလိပ်စာ _____ ကျောင်း _____ တန်း _____

သင့်ကလေးအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိသော အောက်ပါကျန်းမာရေးအခြေအနေများကို စစ်ဆေးပါ။

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> cystic fibrosis | <input type="checkbox"/> နှလုံးအခြေအနေ | <input type="checkbox"/> တံစဉ်ဆဲလ်သွေးအားနည်းရောဂါ |
| <input type="checkbox"/> ဓာတ်မတည့်ခြင်း | <input type="checkbox"/> ဆီးချိုရောဂါ | <input type="checkbox"/> ကျောက်ကပ်ရောဂါ | <input type="checkbox"/> အမြင်အာရုံချို့ယွင်းခြင်း။ |
| <input type="checkbox"/> asthma | <input type="checkbox"/> food allergy | <input type="checkbox"/> malignancy | <input type="checkbox"/> အခြား _____ |
| <input type="checkbox"/> ပျားတုပ် | <input type="checkbox"/> G.I. disorder | <input type="checkbox"/> အာရုံကြောဆိုင်ရာရောဂါ | _____ |
| <input type="checkbox"/> အကြားအာရုံဆုံးရှုံးခြင်း | <input type="checkbox"/> တက်ခြင်း | <input type="checkbox"/> ရေကျောက် (ရက်စွဲ _____) | _____ |

သင့်ကလေး၏ ပြင်းထန်သောမတော်တဆမှု၊ ခွဲစိတ်မှုများနှင့်/သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးအခြေအနေများ၏ မှတ်တမ်းအကျဉ်းကိုပေးပါ။

သ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ ငှက်ကလေး ပုံမှန်သောက်နေသော ဆေးများကို စာရင်းပြုစုပါ။ _____

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ _____ ရက်စွဲ _____

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN သမားတော်မှ ပြီးမြောက်ရန်

HT _____ WT _____ BP _____ LEAD TEST: Date _____/_____/_____ [] capillary or [] venous Result

** Lead testing only if physician deems applicable*

	NORM.	ABNORM.	REMARKS
EYES			Vision: RT LT
ENT			
LUNGS			
HEART			
ABDOMEN			
HERNIA			
EXTREMITIES			
NEURO			
SKIN			

Other conditions/disabilities _____

Urine (if applicable): Alb _____ Sugar _____ Should child be restricted from any activities? [] YES [] NO Explain _____

Physician's signature _____