

Pickerington Schools शारीरिक परीक्षा फाराम

किन्डरगार्टन वा ग्रेड 1 मा भर्ना हुने नयाँ विद्यार्थीहरूका लागि। कृपया तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई यो फाराम भर्नुहोस् र तपाईंको बच्चाको तोकिएको विद्यालय भवनमा फिर्ता गर्न लगाउनुहोस्। यो फाराममा हस्ताक्षर गरी अगस्ट 1 मा वा अघि विद्यालयमा नफर्केसम्म तपाईंको बच्चालाई विद्यालयमा उपस्थित हुन अनुमति दिइने छैन।

विद्यार्थीको नाम:		लिङ्गः	जन्म मिति:	परीक्षा मिति:
उचाइः	तौलः	BMI:	BP:	

दृष्टि, श्रवणशक्ति र वाचन-भाषा

दृष्टि परीक्षणको मिति:			श्रवणशक्ति परीक्षणको मिति:		
दूरी तीक्ष्णता	☐ R	☐ L	शुद्ध स्वर: दाहिने कान	☐ पास	☐ असफल
मांसपेशी सन्तुलन	☐ पास	☐ असफल	शुद्ध स्वर: बायाँ कान	☐ पास	☐ असफल
स्टेरियोप्सिस	☐ पास	☐ असफल	बच्चाले श्रवणशक्ति सहायता उपकरण लगाउँछ?	☐ हो	☐ होइन
रङ्ग	☐ पास	☐ असफल	श्रवणशक्ति विशेषज्ञको स्याहारमा बच्चा?	☐ हो	☐ होइन
बच्चाले चशमा लगाउँछ?	☐ हो	☐ होइन	सिफारिस गरिएको?	☐ हो	☐ होइन
चश्मासँग परीक्षण?	☐ हो	☐ होइन			
सिफारिस गरिएको?	☐ हो	☐ होइन			
वाचन-भाषा परीक्षणको मिति:			वाचन मूल्याङ्कन पूरा गरिएको: हो होइन		
बच्चालाई बुझ्ने बोली समस्या छैन	☐ हो	☐ होइन	बच्चालाई सम्भावित समस्याहरू छन्:		
वाचन मूल्याङ्कन सिफारिस गरिएको	☐ हो	☐ होइन			

कृपया पृष्ठ 2 पूरा गर्नुहोस्। यो फाराम तपाईंको बच्चाको विद्यालयमा पेश गर्नुअघि सबै पृष्ठ पूरा गर्नुपर्छ।

विद्यार्थीको नाम:	जन्म मिति:
-------------------	------------

स्वास्थ्य इतिहास

रोग, चोट, शल्यक्रिया: कृपया कुनै पनि गम्भीर वा पुरानो रोगहरू, चोटपटक वा शल्यक्रियाहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्।

हालका औषधिहरू निर्धारित, ओभर द काउन्टर, पूरक।

एलर्जीहरू: कृपया कुनै पनि एलर्जी र सिफारिस गरिएको उपचारलाई ध्यान दिनुहोस्।

शारीरिक जाँच: कृपया बच्चाको सबैभन्दा हालको शारीरिक परीक्षाको मिति सङ्केत गर्नुहोस्। नतिजाहरू:

- ☐ अनिवार्य रूपमा सामान्य
- ☐ निम्नानुसार असामान्यताहरू:

के यो बच्चा पूर्ण रूपमा सहभागी हुन सक्षम छ:
कक्षाकोठा र शैक्षिक गतिविधिहरू हो होइन शारीरिक शिक्षा कक्षाहरू: हो

होइन सीमितताहरू सल्लाह दिइन्छ भने, कृपया निर्दिष्ट गर्नुहोस्:

के यो बच्चाको शैक्षिक प्रक्रियालाई असर गर्न सक्ने उनीहरूको कुनै शारीरिक, विकास वा व्यवहारिक समस्याहरू छन्?

खोप रेकर्ड: कृपया आफ्नो बच्चाको खोप रेकर्ड संलग्न गर्नुहोस्। ओहायो स्वास्थ्य विभागलाई आवश्यक खोप वा वैध छुटको प्रमाणविना, तपाईंको बच्चालाई विद्यालयमा सहभागी हुन अनुमति दिइने छैन।

स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको हस्ताक्षर: _____ पूरा नाम: _____
मिति: _____ टेलिफोन नम्बर: _____ ठेगाना: _____