



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HEALTH

公共健康系統局  
學校衛生處

學生姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 檢查時年齡 \_\_\_\_\_

私立或學校  
學齡兒童  
體檢

家長/監護人/學生：  
在學生進行檢查前填妥本表格的第一頁。按  
約定時間持填妥的表格前往。

今天日期 \_\_\_\_\_ 性別： 男  女

**藥物及過敏：**請列出學生目前正在服用的所有處方和非處方藥以及(草藥/營養) 補充品：

學生是否有任何過敏？ 否  是(如果是，請列出特定的過敏及反應。)

藥物  花粉  食物  昆蟲叮咬

勾選「是」或「否」欄填妥下列區段；圈起您不知道答案的問題。

一般健康情況： 學生是否...	是	否	泌尿生殖器官： 學生是否...	是	否
1. 存在任何持續的健康問題？如果是，請指明： <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 貧血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 感染 其他 _____			29. 曾經腹股溝疼痛或腹股溝區域疼痛腫脹或疝氣？		
2. 住院超過一晚的時間？			30. 曾患尿道感染或有遺尿病史？		
3. 接受過手術治療？			31. 僅限女性：已經有月經？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是：幾歲經歷月經初潮？ _____ 過去 12 個月出現幾次？ _____ 上次來經日期： _____		
4. 有抽搐史？			<b>牙齒：</b>	是	否
5. 先天性腎臟、眼睛、睪丸(男性)、脾臟或其他任何器官功能不全？			32. 學生牙齒牙齦是否曾發生疼痛及任何相關問題？		
6. 曾因在高溫環境下運動而患病？			33. 學生牙醫師姓名： _____ 上次牙醫看診： <input type="checkbox"/> 不到 1 年 <input type="checkbox"/> 1 至 2 年 <input type="checkbox"/> 超過 2 年		
7. 運動時經常肌肉抽筋？			<b>社交能力/學習：</b> 學生是否...	是	否
<b>頭部/頸部/脊椎：</b> 學生是否...	是	否	34. 曾被告知有學習障礙、智力或發育障礙、認知延遲，注意力缺失症/ 過動症等？		
8. 因為運動而頭痛？			35. 曾被欺凌或經歷欺凌行為？		
9. 頭部受傷或腦震盪？			36. 經歷極度哀痛、創傷或其他重大生活事件？		
10. 頭部遭打擊或撞擊而造成意識模糊、長期頭痛或記憶力問題？			37. 出現行為、群體關係、年級、飲食或睡眠習慣的改變；躲避家人或 朋友？		
11. 臀部或腿部遭打擊或摔落後出現麻木、刺痛感或四肢無力的情況？			38. 曾經大部份時間擔心、悲傷、不安或憤怒？		
12. 遭打擊或摔落後無法移動四肢？			39. 表現為全面喪失活力、動機、興趣或熱情？		
13. 注意到或被告知脊椎側彎或脊柱側彎？			40. 關心體重；曾經嘗試增重或減重或接受增重或減重的建議？		
14. 眼部(視力)曾經出現任何問題或有眼部外傷？			41. 曾經(或目前)吸煙、飲酒或使用毒品？		
15. 曾經取得配眼鏡或隱形眼鏡的處方？			<b>家族健康情況：</b>	是	否
<b>心臟/肺臟：</b> 學生是否...	是	否	42. 是否有下列家族史？如果是，請勾選所有符合項目： <input type="checkbox"/> 貧血和血液疾病 <input type="checkbox"/> 遺傳疾病/症候群 <input type="checkbox"/> 哮喘/肺部問題 <input type="checkbox"/> 腎臟問題 <input type="checkbox"/> 行為健康問題 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 鎌狀細胞貧血 其他 _____		
16. 曾經使用吸入器或服用哮喘藥？			43. 是否有下列任何心臟病方面的家族史？如果是， 請勾選所有符合項目： <input type="checkbox"/> 布魯格達氏症候群 <input type="checkbox"/> QT 症候群 <input type="checkbox"/> 心肌症 <input type="checkbox"/> 馬凡氏症候群 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心室性心動過速 <input type="checkbox"/> 高膽固醇 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
17. 醫生曾告知有心臟方面的問題？如果是，請勾選所有符合項目： <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟雜音或心臟感染 <input type="checkbox"/> 高膽固醇 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 其他 _____			44. 曾經有任何家人發生不明原因暈厥、不明原因抽搐或有溺水？		
18. 醫生曾告知需要心臟檢查？(例如，ECG/EKG、超聲心動圖)？			45. 是否有任何家人在 50 歲前由於心臟問題而過世或在 50 歲前突然 過世(包括溺水、不明原因車禍事故、嬰兒猝死症候群)？		
19. 運動期間或之後發生咳嗽、喘鳴、呼吸困難，呼吸急促或感覺頭暈？			<b>問題或疑慮</b>		
20. 在運動期間發生不適、疼痛、緊張或胸部有壓迫感？			46. 學生、家長或監護人是否有任何疑問或顧慮想與保健服務機構溝 通？(如果有，請寫在本表單的第 4 頁。)		
21. 運動期間感覺心跳加快或心律不整？					
<b>骨骼/關節：</b> 學生是否...	是	否			
22. 曾骨折、應力性骨折或關節脫臼？					
23. 曾經發生肌肉、韌帶或肌腱損傷？					
24. 曾經受傷而需要支架、石膏、拐杖或矯形器？					
25. 受傷後需要做 X 光、核磁共振、CT 掃描、注射或物理治療？					
26. 關節疼痛、腫脹、感覺發熱或變紅？					
<b>皮膚：</b> 學生是否...	是	否			
27. 出現任何皮疹、褥瘡或其他皮膚問題？					
28. 曾經出現疱疹或 MRSA 皮膚感染？					

本人證明在本人所知範圍內所有資訊均正確完整。本人同意學校護士與保健服務機構之間交流健康資訊。

家長/監護人/自主學生簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

Adapted in part from the *Pre-participation Physical Evaluation History Form*; 2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.

**STUDENT'S HEALTH HISTORY (page 1 of this form) REVIEWED PRIOR TO PERFORMING EXAMINATION: Yes  No**

Physical exam for grade: K/1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	CHECK ONE			*ABNORMAL FINDINGS / RECOMMENDATIONS / REFERRALS
	NORMAL	*ABNORMAL	DEFER	
Height: inches				
Weight: pounds				
BMI:				
BMI-for-Age Percentile: %				
Pulse:				
Blood Pressure: ( / )				
Hair/Scalp				
Skin				
Eyes/Vision Corrected <input type="checkbox"/>				
Ears/Hearing				
Nose and Throat				
Teeth and Gingiva				
Lymph Glands				
Heart				
Lungs				
Abdomen				
Genitourinary				
Neuromuscular System				
Extremities				
Spine (Scoliosis)				
Other				

TUBERCULIN TEST	DATE APPLIED	DATE READ	RESULT/FOLLOW-UP

**MEDICAL CONDITIONS OR CHRONIC DISEASES WHICH REQUIRE MEDICATION, RESTRICTION OF ACTIVITY, OR WHICH MAY AFFECT EDUCATION**

(Additional space on page 4)

Parent/guardian present during exam: Yes  No

Physical exam performed at: Personal Health Care Provider's Office  School  Date of exam \_\_\_\_\_

Print name of examiner \_\_\_\_\_

Print examiner's office address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Signature of examiner \_\_\_\_\_ MD  DO  PAC  CRNP

**HEALTH CARE PROVIDERS: Please photocopy immunization history from student's record – OR – insert information below.**

**IMMUNIZATION EXEMPTION(S):**

Medical  Date Issued: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_ Date Rescinded: \_\_\_\_\_  
 Medical  Date Issued: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_ Date Rescinded: \_\_\_\_\_  
 Medical  Date Issued: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_ Date Rescinded: \_\_\_\_\_

**NOTE:** The parent/guardian must provide a written request to the school for a religious or philosophical exemption.

VACCINE	DOCUMENT: (1) Type of vaccine; (2) Date (month/day/year) for each immunization				
	1	2	3	4	5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (child) Type: DTaP, DTP or DT					
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (adolescent/adult) Type: Tdap or Td					
Polio Type: OPV or IPV					
Hepatitis B (HepB)					
Measles/Mumps/Rubella (MMR)					
Mumps disease diagnosed by physician <input type="checkbox"/>	Date: _____				
Varicella: Vaccine <input type="checkbox"/> Disease <input type="checkbox"/>					
Serology: (Identify Antigen/Date/POS or NEG) i.e. Hep B, Measles, Rubella, Varicella					
Meningococcal Conjugate Vaccine (MCV4)					
Human Papilloma Virus (HPV) Type: HPV2 or HPV4					
Influenza Type: TIV (injected) LAIV (nasal)					
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
Haemophilus Influenzae Type b (Hib)					
Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV) Type: 7 or 13					
Hepatitis A (HepA)					
Rotavirus					
<b>Other Vaccines: (Type and Date)</b>					

