

**TO BE COMPLETED BY A PHYSICIAN 由医务人员填写**

Name (姓名) : _____		Date of birth (出生日期) : _____	
Grade (年级) : _____	Height (身高) : _____	Weight (体重) : _____	
Pulse (脉冲) : _____	BP: _____/_____		
Vision (视觉) : R 20/ _____ L 20/ _____		Corrected (矫正) : Y / N    Hearing (听觉) : _____	
Urinalysis (尿液分析) : _____			

**PHYSICAL EXAM (体检)**

PHYSICAL EXAM (体检)			
Eyes/Ears/Nose/Throat 眼/耳/鼻/喉		Neck 颈	
Lymph Nodes 淋巴结		Back/Posture 背后姿态	
Heart 心脏		Shoulder/Arm 肩/臂	
Pulse 脉冲		Elbow/forearm 手肘/前臂	
Lungs 肺		Wrist/hand 腕/手	
Abdomen 腹		Hip/thigh 臀/腿	
Hernia 疝气(脏器问题)		Knee 膝	
Skin 皮肤		Leg/ankle/feet 腿/脚踝/脚	

**Cleared for full activity in PE class activities 可进行体育课堂活动**     Yes 是     No 否

**Cleared for all sport competition 可进行所有体育比赛**     Yes 是     No 否

If no, explain 如果填否, 请解释 \_\_\_\_\_

Name of physician (print/type) 医务人员姓名:- \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Physician's Signature 医务人员签名: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY A PARENT 由家长填写 (or attach copy of records 或附上医疗报告复印本)**

IMMUNIZATION RECORD 免疫记录	DATE – D/M/Y 日期-日/月/年	DATE – D/M/Y 日期-日/月/年	DATE – D/M/Y 日期-日/月/年	DATE – D/M/Y 日期-日/月/年	DATE – D/M/Y 日期-日/月/年
DiphtheriaTetanus Pertussis 百日咳					
Polio 脊髓灰质炎					
Measles/Mumps/Rubella 麻疹/腮腺炎/风疹					
BCG Skin Test (TB) 肺结核 (TB)					
Hepatitis B 乙型肝炎					
Hepatitis A A 型肝炎					
Japanese Encephalitis 日本脑炎					
Typhoid 伤寒					
Chicken Pox 水痘					
Small Pox 小痘					
Yellow Fever 黄热病					
Influenza 流感					
Tetanus 破伤风					
Gamma Globulin 丙种球蛋白					
Other 其他					

Parent/Guardian's (circle one) Signature 家长/监护签名: \_\_\_\_\_ Date 日期: \_\_\_\_\_