

Dear Parents,

We wish to cooperate with you in protecting and promotion the health of your son/daughter while he/she is attending 3e. In order to comply with the entrance requirements of 3e, a physical examination within the past six months is required for all new students.

Please have your physicians complete this form. Return this to the Office of Admissions prior to enrollment.

To the Physician: Please undertake a physical examination of the pupil named below:

亲爱的家长,

我们尽最大的努力保护并确保子女在 3e 幼儿园里健康地学习成长。要达到 3e 幼儿园的入学资格, 所有新的学童必需出示过去六个月内有效的体检证明。

请你在子女入学登记前给医师填这表格, 然后在你子女入读 3e 前/当天把它交回入学办公室。

医师: 请给以下名字的学童进行体检:

Family Name 姓:		First Name 名:	
Date of Birth 出生日期:		Age 年龄:	
Height 身高	厘米 cm	Sex 性别	
Weight 体重	千卡 kg	Body Mass Index 体重指数	
Blood pressure 血压	mmHg	Pulse 脉搏	/ 分 minute
Body Temperature 体温	°C	Respiration 呼吸	/ 分 minute

Examination Items 检查重点

Medical Exam 内科检查	Cadiopulmonary auscultation 心肺听诊		
	Abdominal palpation (liver, spleen, kidneys) 腹部触诊 (肝,脾,肾)		
	Thyroid physical examination 甲状腺检查		
	Lymphatic nodes 淋巴结		
	External genitalia exam 外生殖器		
Musculoskeletal Exam 骨科检查	Spine 脊柱		
	Limb joints 四肢关节		
	Physical Activities 体育运动	Unrestricted 无限制	Modified 限制 Details 详细:

Sensory Organs Exam 五官检查	Eye 眼 Cockeye 斜视	Left 左	Right 右
	Optometry 视力	Left 左	Right 右
	Ear 耳 炎症 Inflammation	Left 左	Right 右
	Chromatic vision test 色觉	Left 左	Right 右
	Hearing 听力	Left 左	Right 右
	Teeth 牙齿		
	Nose examination 鼻部检查	Left 左	Right 右
Allergy history (e.g. Drug / Food) 过敏历史 (例如: 药物/食物)			
Medical history & Regular medication 既往病史 及 定期药物			
Hospital/Operation record 住院/手术 纪录			

Immunization 疫苗注射	Polio (IPV) 口服脊髓灰质炎疫苗 (小儿麻痹症)	DTP 百白破三联疫苗 (百日咳, 白喉 及 破伤风)	MMR 麻疹, 流行性腮腺炎, 风疹 疫苗
	Hepatitis A 甲肝疫苗	Hepatitis B 乙肝疫苗	BCG vaccine 卡介苗 (种)
	Meningococcus A vaccine 流脑	Meningococcal ACWY 流行性脑脊髓膜炎疫苗	Japanese Encephalitis 日本脑炎疫苗/ 乙脑疫苗
	Influenza 流行性感冒	Haemophilus influenzae b (Hib) 乙型流行性感嗜血杆菌 HIB 疫苗	Pneumococcal Conjugate vaccine 肺炎疫苗/ 肺炎球菌疫苗
	HFGS vaccine 出血热疫苗	Varicella vaccine 水痘疫苗	Typhoid vaccine 伤寒疫苗
	Rotavirus vaccine 状病毒疫苗	Tracheitis vaccine	Lantigen B
	其他 Others :		
	乙肝表面抗原 Hepatitis B virus antigens HbsAg		
	BCG test 卡介苗 (查)		

Doctor's name (Block Capitals) 医师签名:

Signature 医师签名:

Date of examination 检查日期:

Address 地址:

Fax:

Telephone 电话号码:

Email address 电子地址: