



Instilling Goodness Developing Virtue School

2001 Talmage Rd. Ukiah, CA 95482

Boys Division (707) 468-1138 dvbs@drba.org

Girls Division (707) 468-3847 dvgs@drba.org

STUDENT MEDICAL FORM 學生健康檢查表

First and Last Name 姓名: _____ Date of Birth 出生日期 (MM/DD/YY 月/日/年): ____ / ____ / ____

This form must be completed and signed by your healthcare provider. Please answer all questions accurately, provide details where applicable, and attach any supporting documents.

此表格必須由您的醫療保健提供者填寫並簽署。請準確回答所有問題，在適用的地方提供詳細資料，並附上任何相關的證明文件。

Questions 提問	Yes 是/ No 否	If yes, please describe below. 如果是，請在下方說明。
Chronic Medical Conditions 慢性疾病	<input type="checkbox"/> Yes是 <input type="checkbox"/> No 否	
Behavioral/Mental Health History 行為/心理健康病史	<input type="checkbox"/> Yes是 <input type="checkbox"/> No 否	
Surgical History / Hospitalizations 手術及住院病史	<input type="checkbox"/> Yes是 <input type="checkbox"/> No 否	
Current Medications 目前用藥	<input type="checkbox"/> Yes是 <input type="checkbox"/> No 否	
Allergies 過敏	<input type="checkbox"/> Yes是 <input type="checkbox"/> No 否	Food 食物:
		Insect 昆蟲:
		Environmental 環境:
		Medication 藥物:
Social History / Habits (tobacco, alcohol, substance use, sleep, eating, etc.) 社會史/生活習慣(菸、酒、藥物濫用、睡眠、飲食等)	<input type="checkbox"/> Yes是 <input type="checkbox"/> No 否	

Other Health Problems 其他健康問題	<input type="checkbox"/> Yes是 <input type="checkbox"/> No 否	
Family Medical History 家族病史	<input type="checkbox"/> Yes是 <input type="checkbox"/> No 否	
Immunization 疫苗接種	Please attach a copy of immunization records. 請附上疫苗接種記錄的副本。	
Vision 視力	Results 檢查結果:	<input type="checkbox"/> Glasses 眼鏡 <input type="checkbox"/> Contact Lenses 隱形眼鏡
Hearing 聽力	Results 檢查結果:	
Tuberculin (TB) Test* 肺結核(TB)檢測*	Results 檢查結果: <input type="checkbox"/> Positive 陽性 <input type="checkbox"/> Negative 陰性 Date of Test 檢測日期:	

*A positive TB test requires a chest x-ray. The test must be within the past 12 months.

*肺結核(TB)檢測呈陽性者需進行胸部 X 光檢查。檢測日期須在過去 12 個月內。

Applicable to female students that have begun menstruation. 適用於已開始月經的女生。	
Menstrual History 月經史	Cramps/Other Pain 經痛/其他疼痛 <input type="checkbox"/> Yes是 <input type="checkbox"/> No否
	Heavy Bleeding 經量過多 <input type="checkbox"/> Yes是 <input type="checkbox"/> No否
	Irregularities 經期不規則 <input type="checkbox"/> Yes是 <input type="checkbox"/> No否

Name of Physician 醫師姓名: _____ Phone電話: _____

Signature of Physician 醫師簽名: _____ Date of Examination 檢查日期: _____