**Enter School District Name here - क्रीड़ा शारीरिक परीक्षा फार्म**

|  |
| --- |
| **भाग 1 (माता-पिता या कानूनी अभिभावक द्वारा भरा जाए)** |
| आखिरी नाम | पहला नाम | ग्रेड |
| जन्मतिथि | शरत् क्रीड़ा  | शीत क्रीड़ा  | बसंत क्रीड़ा  | **छात्र का ID नंबर**  |
| **स्वास्थ्य इतिहास (परीक्षा से पूर्व अवश्य पूरा किया जाए)** |
|  | हाँ | नहीं | क्या इस छात्र को इनमें से कोई है:  |  | हाँ | नहीं | **क्या यह छात्र:** |
| 1. | 🞏 | 🞏 | चिरकालीन या बार-बारे होने वाली बीमारी? | 16. | 🞏 | 🞏 | आईग्लासेस या कॉन्टैक्ट लेंस पहनता है? |
| 2. | 🞏 | 🞏 | 1 सप्ताह से अधिक चलने वाली बीमारी? | 17. | 🞏 | 🞏 | डेंटल ब्रिजेज, ब्रेसेस या प्लेट्स पहनता है? |
| 3.4. | 🞏🞏 | 🞏🞏 | अस्पताल में भर्ती या सर्जरी?तंत्रिका, मनोचिकित्सीय या तंत्रिका संबंधी स्थिति? | 18. | 🞏 | 🞏 | कोई दवा लेता है? (नीचे सूचीबद्ध करें): |
| 5. | 🞏 | 🞏 | अंगों (आँख, गुर्दा, जिगर, वृषण) या ग्रंथियों की क्षति या उनका काम न करना? |  | **हाँ**  | **नहीं** | **क्या निम्नलिखित में से किसी का कोई इतिहास है:** |
| 6. | 🞏 | 🞏 | एलर्जियाँ (दवाओं, कीड़े-मकोड़ों के काटने, खाद्य पदार्थों से)? | 19. | 🞏 | 🞏 | ऐसी चोट जिसके लिए चिकित्सा देखभाल या उपचार की ज़रूरत है? |
| 7. | 🞏 | 🞏 | हृदय या रक्तचाप की समस्याएं? | 20. | 🞏 | 🞏 | गर्दन या पीठ में दर्द या चोट? |
| 8. | 🞏 | 🞏 | व्यायाम से सीने में दर्द या गंभीर रूप से सांस फूलना? | 21.22. | 🞏🞏 | 🞏🞏 | घुटने का दर्द या चोट?कंधे या कोहनी का दर्द या चोट? |
| 9. | 🞏 | 🞏 | व्यायाम से चक्कर आना या बेहोश हो जाना? | 23. | 🞏 | 🞏 | टखने का दर्द या चोट? |
| 10. | 🞏 | 🞏 | बेहोश हो जाना, तेज़ सिर दर्द या ऐंठन? | 24. | 🞏 | 🞏 | अन्य जोड़ संबंधी दर्द या चोट? |
| 11. | 🞏 | 🞏 | आघात या अचेत होना? | 25. | 🞏 | 🞏 | टूटी हडि्डयां (फ्रैक्चर)? |
| 12. | 🞏 | 🞏 | गर्मी से थकान, तापाघात, या गर्मी से अन्य समस्याएं? | 26. | हाँ🞏 | नहीं🞏 | **अतिरिक्त इतिहास:**जन्म संबंधी खामियां (ठीक हो गई हैं या नहीं)? |
| 13. | 🞏 | 🞏 | सरपट धड़कन, उछाल, अनियमित धड़कन, या हृदय की मरमराहट? | 27. | 🞏 | 🞏 | चिकित्सीय कारण या स्थिति से 40 वर्ष से कम आयु में माता-पिता या दादा-दादी की मृत्यु? |
| 14.15. | 🞏🞏 | 🞏🞏 | दौरे?मांसपेशियों के ऐंठने के गंभीर या बार-बार होने वाले मामले? | 28. | 🞏 | 🞏 | ऐसे माता-पिता या दादा-दादी जिन्हें 50 वर्ष से कम आयु में हृदय की समस्याओं के लिए उपचार की जरूरत है? |
| *पिछली बार टेटनस (धनुक बाई) टीके की ज्ञात तिथि: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*पिछली पूर्ण शारीरिक जांच की तिथि: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 29. | 🞏 | 🞏 | क्या पिछले 12 महीनों में आपातकालीन या तात्कालिक आधार पर किसी चिकित्सक द्वारा देखा गया है? |
| *यहां “हाँ” वाले सभी उत्तरों को स्पष्ट करें तथा किसी ऐसे अन्य तथ्य या परिस्थिति का उल्लेख करें जिसे परीक्षा से पहले प्रकट किया जाना चाहिए (यदि जरूरत हो, तो इस फार्म के पृष्ठ भाग का प्रयोग करें):*  |
| **माता-पिता/अभिभावक का प्राधिकार: मैं छात्र का क्रीड़ा संबंधी शारीरिक मूल्यांकन करने के लिए किसी चिकित्सक या चिकित्‍सक के विधिवत प्राधिकृत और पर्यवेक्षित सहायक अथवा नर्स प्रेक्टिशनर को अधिकृत करता हूँ।** ऊपर उल्लिखित सूचना पूर्ण एवं सटीक है तथा मुझे किसी ऐसे कारण की जानकारी नहीं है जिसकी वजह से छात्र सूचीबद्ध क्रीड़ाओं में पूर्णतया एवं सुरक्षित ढंग से भाग नहीं ले सकता। मैं समझता हूँ कि यह केवल स्क्रीनिंग जांच है तथा यह कि नीचे सूचीबद्ध किसी स्वास्थ्य स्थिति या सरोकार की अनुपस्थिति का मतलब यह नहीं है कि छात्र ऐसी वास्तविक या संभावित हानिकर स्वास्थ्य स्थितियों से मुक्त है जिनके कारण क्रीड़ाओं में भाग लेने के दौरान छात्र को चोट लग सकती है या मृत्यु हो सकती है। यदि छात्र के स्वास्थ्य या सुरक्षा को लेकर मेरा कोई प्रश्न या सरोकार होगा, तो उसे समीक्षा एवं मूल्यांकन के लिए हमारे वैयक्तिक चिकित्सक या स्‍वास्‍थ्‍य परिचर्या प्रदाता के पास भेजा जाएगा।  |
| माता-पिता या अभिभावक का स्पष्ट नाम | माता-पिता या अभिभावक के हस्ताक्षर |
| पता | कार्यस्थल का फोन  | घर का फोन | तारीख |
| नियमित चिकित्सक का नाम | कार्यालय का फोन |  |

|  |
| --- |
| **PART 2 (TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING** **PHYSICIAN/PHYSICIAN’S ASSISTANT/NURSE PRACTITIONER)** |
|  | NORMAL | ABNORMAL (Describe) |  |
| Eyes/Ears/Nose/Throat |  |  | Height: |
| Skin |  |  | Weight: |
| Heart |  |  | Pulse: After Ex: |
| Abdomen |  |  | BP: |
| Genital/hernia (males) |  |  | ***Recommendation:***🞏 Unlimited participation🞏 Limited participation/specific sports, events or activities🞏 Clearance withheld pending  further testing/evaluation🞏 No athletic participation***One of the above MUST be checked.*** |
| Musculoskeletal: |  |  |
|  a. Neck/Spine/Shoulders/Back |  |  |
|  b. Arms/Hands/Fingers |  |  |
|  c. Hips/Thighs/Knees/Legs |  |  |
|  d. Feet/Ankles |  |  |
| Neurologic Screening Exam (NSE) |  |  |
| **Comments:** |
| PRINT NAME OF PHYSICIAN (M.D., D.O. ,P.A., or N.P. only ) | PHYSICIAN’S SIGNATURE | DATE |