

NAME.....CLASS		
MEDICAL CHECK - UP (To be filled by Doctor)		
Date of Examination	1st check up	2nd check up
General Examination		
Height (in cms)		
Weight (in Kgs)		
Anaemia		
Skin, Nails & Hair		
Eyes Rt. Eye		
Rt. Eye		
Ear		
Nose		
Throat		
Teeth & Gums		
SYSTEMIC EXAMINATION		
Locomotor System		
Abdomen		
Respiratory System		
Cardiovascular System		
Central Nervous System		
Other		
Doctor`s Remarks		
Signature		
Class Teachers Sign		
Principals Signature		
Parents Signature		

INVESTIGATIONS		
DATE		
Hb		
TLC		
DLC		
ESR		
Blood Sugar		
Urine Exam		
Stool Exam		
Other		

Immunization Status			
Immunization	Age		
D+T BOOSTER	POLIO 5 Yrs(Class 1)		
Hepatitis -B	On elected date		
	1 Month later		
	6 Month Later		
Typhoid (every 3 Yrs.)	2 Yr. onwards		
	Or on elected date		
	5 Yrs.(Class 1)		
	8 Yrs.(Class 4)		
	11 Yrs.(Class 7)		
*Tetanus	14 Yrs.(class 10)		
	10Yrs. (class 6)		
Hepatitis -A	15 Yrs.		
	2 Yrs. Onward of an elected date		
Chicken Pox	6 Months later		
	1 Yrs onward or 2 Months Onward of an elected date		

- FREE conditions apply
- Please attach photocopy of immunization card

Date	Follow up

FAMILY HISTORY

यदि बच्चे में निम्नलिखित में से कोई लक्षण हैं तो मार्क बना दें ।

ASTHAMA

दमा

DIABETES

मधुमेह

EPILEPSY

दमा

TB

टी बी

HYPERTENSION

उच्च रक्तचाप

ANY OTHER CONGENITAL ANA

अन्य जन्मजात बीमारी

PAST HISTORY

JAUNDICE

पीलिया

ANY MAJOR OPERATION IN THE PAST
पूर्व में कोई गंभीर बीमारी का ऑपरेशन

CONSTANTLY SCRATCHES THE HEAD
बच्चे का बार बार सर खुजलाना

RUBS EYES

बच्चे का आँखों का बार - बार रगड़ना

CANT SEE WHAT IS WRITTEN ON THE
BOARD

दूर का लिखा साफ़ न दिखना

CONSTANTLY POKES FINGERS OR PULL
EARS

कानों में बार बार उँगली डालना

TEETH BLACK OR YELLOW

दाँतों का रंग कला और पीला

CHILD STAMERS & CANT SPEAK
PROPERLY

बच्चे का रुक रुक कर बोलना या साफ़ न
बोलना

ALLERGY

एलर्जी

FREQUENT HEADACHE

सर में दर्द रहना

BREATH HAS BAD ODOUR

मुँह में दुर्गन्ध आना

BITES NAILS

नाखून चबाना

FREQUENT URINATION

बार बार पेशाब आना

RED OR WHITE PATCHES ON SKIN

त्वचा पर लाल या सफ़ेद धब्बे

ANY OTHER PROBLEM

कोई अन्य समस्या

KENDRIYA VIDYALAYA

केंद्रीय विद्यालय

Address:

Ph.....



NAME

CLASS.....SEC.....ROLL NO.

FATHERS NAME

OCCUPATION

MOTHERS NAME

ADDRESS

B.GR. MOB. NO.