



DATE: .....

## PROOF OF SCHOOL DENTAL EXAMINATION FORM

TO BE COMPLETED BY THE PARENTS:

STUDENT NAME: .....	YEAR: .....	
STUDENT ID: .....	DATE OF BIRTH : .....	AGE : .....

TO BE COMPLETED BY DENTIST:

<p>Oral Health Status (Check all that apply)</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> No cavities or gum disease. Parents to be given credit for taking good dental care.</li><li><input type="radio"/> Cavities present, Treatment required.</li><li><input type="radio"/> Teeth cleaning or treatment of gum disease.</li><li><input type="radio"/> More care to clean teeth thoroughly</li><li><input type="radio"/> More dental care required</li><li><input type="radio"/> Please visit the dentist as consultation is required to realign teeth.</li></ul> <p>Signature of dentist: ..... Date of Exam: .....</p> <p>Dentist's License: .....</p> <p>Address: .....</p> <p>..... Telephone: .....</p>
--

# Students Medical Information

## Students' Profile

Frist Name ..... Surname .....

Nickname ..... Blood Group .....  Male  Female

IP..... Year ..... Date of Birth ...../...../.....

Home Address.....

Telephone: Home..... Mobile.....

## Health Condition

Underlying Disease  Yes .....  No

.....

Routine Medication  Yes .....  No

.....

Please check all that apply

โรค(Disease)		โรค(Disease)		โรค(Disease)	
หัด		หวัดบ่อยๆ		โลหิตจาง	
Measles		Frequent Common cold		Anemia	
อีสุกอีใส		หืด		ปวดหัวบ่อยๆ	
Chicken pox		Asthma		Frequent headaches	
คางทูม		ปอดบวม		โรคอื่นๆ ระบุ..... Others (please specify) 1..... 2.....	
Mump		Pneumonia			
คอตีบ		วัณโรค			
Diphtheria		Tuberculosis			
ไอกรน		ไข้เลือดออก			
Pertussis		Dengue hemorrhagic fever			
ไทฟอยด์		ลมบ้าหมู			
Typhoid		Convulsion			

Allergies: Medication.....Reaction ..... ..... .....
Allergies: Food..... Reaction..... ..... .....
Surgery .....Day.....Month.....Year..... ..... .....
Severe Accident..... Day.....Month.....Year..... ..... .....

## Immunization History

Immunization Record	Yes	No
BCG Vaccine ( วัคซีนป้องกันวัณโรค)		
Hepatitis B Vaccine (วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี)		
Diphtheria Tetanus Pertussis Vaccine (วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน)		
Polio (วัคซีนโปลิโอ)		
Haemophilus Influenzae Type B (วัคซีนโรคฮิบ)		
Rotavirus Vaccine (วัคซีนโรตาไวรัส)		
Measles Mumps Rubella Vaccine (วัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน)		
Vaccine Japanese Encephalitis Vaccine (วัคซีนไข้สมองอักเสบ)		
Hepatitis A Vaccine (วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบ เอ)		
Typhoid (วัคซีนไทฟอยด์)		
Influenza vaccine (วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่)		
Chicken pox (วัคซีนป้องกันอีสุกอีใส)		
Additional Vaccinations วัคซีนอื่นๆ โปรดระบุ		
1.....		
2.....		

Please provide details of any medical or physical condition requirements that will help the school to take better care of your child during the school day.

.....  
 .....

.....  
 Parent's Signature

...../...../.....