

STUDENT'S HEALTH INFORMATION

(To be filled up by parents/ guardian)

1. STUDENT INFORMATION				
Name :	Date of Birth _____/_____/_____ (day/ month/ year)	• Height (feet/ inch) _____	Gender	Blood Group
	Age:	• Weight (Kg/ Pound) _____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	

2. Please attached photocopy of your child's vaccination card (আপনার সন্তানের টিকার কার্ডের ফটোকপি সংযুক্ত করুন)

3. HISTORY

Please answer all questions. Put (√).

****For 4-5 years child****

- a) Does your child speak in full sentences? YES NO
(আপনার সন্তান পূর্ণ বাক্য বলতে পারে কিনা?)
- b) Can your child draw letters or numbers? YES NO
(বর্ণ বা সংখ্যা লিখতে/ আঁকতে পারে কিনা?)
- c) Does your child know at least 4 colors? YES NO
(অন্ততপক্ষে ৪টি রঙ চিনতে পারে কিনা?)
- d) Does your child recognize most letters? YES NO
(অধিকাংশ বর্ণ চেনে কিনা?)
- e) Does your child play cooperatively? YES NO
(মিলেমিশে খেলতে পারে কিনা?)
- f) Can your child explain the use of a ball or shoe? YES NO
(জুতা বা বলের ব্যবহার জানে কিনা?)
- g) How many milliliters of milk does your child drink in 24 hours?.....(ml)
(২৪ ঘন্টায় কত মিলি লিটার দুধ পান করে?)
- h) How many milliliters of juice does your child drink in 24 hours?(ml)
(২৪ ঘন্টায় কত মিলি লিটার পানি পান করে?)
- i) Does your child typically watch more than 2 hours of TV/ Computer/ Video games etc daily?
 YES NO
(সাধারণভাবে সারাদিন ২ ঘন্টার বেশি টিভি / কম্পিউটার দেখে কিংবা ভিডিও গেইমস খেলে কিনা?)
- j) Is your child toilet trained for both day and night? YES NO
(দিনে এবং রাতে ওয়াশরুম ব্যবহার করতে শিখেছে কিনা?)
- k) Does your child brush his own teeth? YES NO
(নিজে দাঁত ব্রাশ করে কিনা?)
- l) Does your child see dentist regularly? YES NO
(দাঁত ডেন্টিস্ট এর মাধ্যমে রুটিন চেক আপ হয় কিনা?)
- m) Do you think your child will be ready for kindergarten? YES NO
(আপনার মতে, বাচ্চা কি কিন্ডারগার্টেনের জন্যে তৈরি?)

- n) Do you have any concern about your child's hearing? YES NO
(শ্রবণশক্তির কোনো সমস্যা আছে কিনা?)
- o) Do you have any concern about your child's vision? YES NO
(আপনার সন্তানের দৃষ্টিশক্তির কোনো সমস্যা আছে কিনা?)
- p) Have any of your family members or has ever contacted with tuberculosis? YES NO
(যক্ষ্মা আছে/ ছিলো পরিবারের এমন কারো সংস্পর্শে সন্তান থেকেছে কিনা?)
- q) Does your child have any convulsive disorder? YES NO
(খিঁচুনি রোগ আছে কিনা?)
- r) Do you have any concerns about your child's development, or any other concerns you would like to discuss with a doctor? If so, what are your concerns?
(আপনার সন্তানের যে বিষয়গুলো বিশেষজ্ঞ/ ডাক্তারকে জানাতে চাচ্ছেন তা লিখুন)
-
-

****For 6-12 years child****

- a) Has your child had any medical problems since his/ her last check up? YES NO
(সর্বশেষ মেডিকেল চেক আপ এ কোনো সমস্যা পাওয়া গিয়েছে কি?)
- b) Do you have any concern about your child's hearing? YES NO
(আপনার সন্তানের শ্রবণ শক্তির কোনো সমস্যা আছে কিনা?)
- c) Do you have any concern about your child's vision? YES NO
(দৃষ্টিশক্তির কোনো সমস্যা আছে কিনা?)
- d) Does your child have any attention deficit disorder? YES NO
(মনোযোগে ঘাটতি আছে কিনা?)
- e) Does anyone who lives with your child smoke? YES NO
(আপনার সন্তান যে পরিবেশে থাকে সেখানে ধূমপায়ী আছেন কি?)

*****Following Points are Applicable for All Students (নিম্নোক্ত সবগুলো পয়েন্ট সকল শিক্ষার্থীর জন্যে প্রযোজ্য)*****

➤ **Previous School (পূর্বের স্কুল সংক্রান্ত)**

- a) Name of school.....
- b) Do you have concern about your child's school performance? YES NO
(আগের স্কুলে আপনার সন্তানের পারফরমেন্স সম্পর্কে আপনি কি অবগত?)
- c) Have your child's teachers raised concerns about your child's school performance? YES NO
(আগের স্কুলের শিক্ষকগণ কি আপনার সন্তানের পারফরমেন্স সম্পর্কে অবগত ছিলেন?)
- d) Do you have concerns about your child interaction with peers at school? YES NO
(বিগত স্কুলের সহপাঠীদের সাথে আচরণগত কোনো সমস্যা আছে কিনা?)

➤ **Nutrition**

- a) How much drink/ Juice does your child drink everyday? ml
(প্রতিদিন কি পরিমাণ পানীয়/ জুস সে পান করে?)
- b) How much milk (or other calcium containing foods) does your child drink everyday? ml
(দিনে কি পরিমাণ দুধ/ ক্যালসিয়াম সমৃদ্ধ খাবার গ্রহণ করছে?)
- c) Is your child a vegetarian? YES NO
(আপনার সন্তান কি নিরামিষভোজী?)

➤ **Physical activity**

- a) Does your child typically watch more than 2 Hours of TV/ Computer/ Video games etc daily? YES NO
(স্বাভাবিকভাবে দৈনিক ২ ঘণ্টার বেশি কি টিভি/ কম্পিউটার দেখে ভিডিও গেমস খেলে কিনা?)
- b) Does your child get at least one hour of moderately strenuous activity most days? YES NO
(প্রায় প্রতিদিন কি ১ ঘণ্টার মত সময় পরিশ্রম করতে পারে?)

➤ **Oral health**

- a) Does your child visit the dentist every six months? YES NO
(প্রতি ৬ মাসে কি ডেন্টিস্টকে দেখানো হয়?)
- b) Does your child brush teeth at least two times daily? YES NO
(আপনার সন্তান কি দিনে ২বার দাঁত ব্রাশ করে?)

➤ **Sleep**

- a) How many hours does your child usually sleep?
(সাধারণত দিনে কয় ঘণ্টা সে ঘুমায়?)
- b) Does your child snore on a regular basis? YES NO
(ঘুমে নাক ডাকে কি?)
- c) Do you have any concern about your child's sleep? If so, please describe.
(ঘুম সংক্রান্ত অন্য কোনো তথ্য আছে কি? থাকলে দয়া করে লিখুন)
-

➤ **Safety**

- a) Do you monitor your child's television and internet use? YES NO
(সন্তানের টিভি দেখা এবং ইন্টারনেট ব্যবহারের সময় মনোযোগী হচ্ছেন কি?)
- b) Does your child know how to stay safe around water? YES NO
(পানিতে কীভাবে নিরাপদ থাকবে এ বিষয়ে আপনার সন্তান অবগত?)
- c) Have you discussed stranger awareness with your child? YES NO
(অপরিচিত ব্যক্তিদের থেকে সাবধান থাকার ব্যাপারে আপনার সন্তানকে জানিয়েছেন কি?)

➤ **For Girls only**

- a) Has your daughter had her first period yet? YES NO
(পিরিয়ড শুরু হয়েছে কি?)

➤ **Tuberculosis Exposure/ Infection**

- a) Has a family member or contact had tuberculosis? YES NO
(পরিবারে কোনো সদস্যের যক্ষ্মা ছিল কি?)
- b) Has a family member had a positive tuberculosis sign test? YES NO
(পরিবারের সদস্যদের যক্ষ্মা টেস্ট পজেটিভ ছিলো কি?)
- c) Do you have any other concern you would like to disclose? If so, what are your concerns:
(আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য বিষয়ে আর কোনো তথ্য জানাতে চান?)

➤ **Points 4-8 for all (8-৮ নম্বর পয়েন্ট সবার জন্যে)**

4.

Please indicate if the child has any allergies.
(নিম্নোক্ত বিষয়ে আপনার সন্তানের এলার্জি থাকলে লিখুন-)

- Food (খাদ্য) _____
- Medicines (ঔষধ) _____
- Others (অন্যান্য) _____

List any allergies to medications and describe the reaction:
(কোন কোন ঔষধে এলার্জি আছে সেগুলোর নাম লিখুন এবং সেবনের পর কোন ধরনের প্রতিক্রিয়া হয়? লিখুন

List any food and / or environmental allergies and describe the reaction:
(খাদ্য কিংবা পারিপার্শ্বিক কোনো কিছুতে এলার্জি থাকলে-সে বিষয় উল্লেখ করুন।

Do your child presently taking allergy medication? YES NO
(বর্তমানে এলার্জির জন্যে কোনো ঔষধ খাচ্ছে কি?)

5. Is the child able to participate in physical education activities? YES NO
(সন্তান শরীর চর্চায় অংশগ্রহণ করে কিনা?)

6. STUDENT MEDICAL HISTORY

Is your child presently under medical care for a medical or mental health problem? YES NO
If yes, describe the problem(s) and treatment:
(আপনার সন্তান কি বর্তমানে শারীরিক বা মানসিক স্বাস্থ্য সমস্যার জন্যে চিকিৎসাধীন আছে কিনা?)

List all medications that student is taking:

(কোনো ঔষধ সেবন করলে সেগুলোর নাম লিখুন:)

History of serious illnesses and or injuries (in detail):

(খুব বড় ধরনের অসুস্থতা বা আঘাত পেয়েছিল কি? থাকলে বর্ণনা করুন:)

History of surgery and hospitalizations (in detail):

(কখনো কি সার্জারি এবং হাসপাতালে চিকিৎসাধীন থাকতে হয়েছিল? থাকলে বর্ণনা করুন:)

7. MENTAL HEALTH

(মানসিক স্বাস্থ্য)

A) Do you have concern about your child's mood (anxiety, depression)? YES NO

(আপনার সন্তানের মানসিক অবস্থা (উদ্বেগ বা হতাশা) সম্পর্কে আপনি কি অবগত?)

B) Do you have concern about your child's relationship with parents or sibling? YES NO

(বাবা-মা বা ভাইবোনের সাথে পারস্পরিক সম্পর্কে কোনো সমস্যা আছে কি?)

C) Do you have concern about how to discipline/ set appropriate limits for your child? YES NO

If any, please mention in detail (আপনার সন্তানকে নিয়মানুবর্তী করতে বেগ পেতে হয় কি? যদি হয় তাহলে দয়া করে বিস্তারিত লিখুন:)

.....
.....

8. FAMILY MEDICAL HISTORY

FAMILY MEMBER	IN GOOD HEALTH (YES/NO)	KNOWN HEALTH PROBLEM(S)	AGE
Father			
Mother			
Brother (s)			
Sister (s)			

Hereby I solemnly declare that all information given about my child is correct and complete.
(আমি ঘোষণা করছি, যে আমার সন্তান সম্পর্কে উপর্যুক্ত তথ্যসমূহ সঠিক এবং পরিপূর্ণ।)

Parents/ Guardian's Name and Signature _____

Date: _____

বিঃ দ্রঃ স্বাস্থ্য সম্পর্কিত আরো তথ্য দিতে চাইলে তা আলাদা কাগজে লিখে ফরমের সাথে জমা দিন।