



M

Saint Sophia Ukrainian Orthodox Theological Seminary
 Свято-Софіївська Українська Православна Богословська Семінарія
 PO Box 240
 South Bound Brook, NJ 08880
 USA

STUDENT HEALTH EXAMINATION - КАРТКА МЕДИЧНОГО ОГЛЯДУ
 (To be filled by a physician - повинна бути заповнена лікарем)

Name of Applicant

Ім'я та прізвище кандидата _____

Age/вік _____ Height/ріст _____ Weight/вага _____ Temperature/температура _____

Blood Pressure/тиск крові _____ / _____

General build and appearance

Загальний вигляд та будова тіла _____

How long have you known the applicant?

Як довго знаєте кандидата? _____

APPLICANT'S PAST MEDICAL AND SURGICAL HISTORY / МЕДИЧНА ІСТОРИЯ КАНДИДАТА

Measles/Кір _____

Mumps/Паротит _____

Small Pox/Натуральна віспа _____

Meningitis/Менінгіт _____

Pertussis/Коклюш _____

Pneumonia/Пневмонія _____

Enuresis/Енурез _____

Scarlet Fever/Скарлатина _____

Chicken Pox/Вітряна віспа _____

Rheumatic Fever/Ревматизм _____

Tuberculosis/Туберкульоз _____

Diabetes/Діабет _____

Pleurisy/Плеврит _____

Ulcers/Язви (виразкова хвороба) _____

Poliomyelitis/Поліомієліт _____

German Measals/Краснуха _____

Cholera/Холера _____

Diphtheria/Дифтерія _____

Malaria/Малярія _____

Epilepsy/Епілепсія _____

Hepatitis/Гепатит _____

AIDS/СНІД _____

Veneral Disease/Венеричні захворювання _____

Operations and Injuries/Операції та травми: _____

(if needed, use another sheet of paper; якщо потрібно, вживайте окремий аркуш паперу)

New Jersey Health Department requires a record of Immunization for entrance into all schools.

Відділ охорони здоров'я штату Нью Джерзі вимагає виписку про прививки/вакцинацію для вступу до всіх закладів навчання.

Immunization Вакцинація _____	Year Рік _____	Allergies Алергії _____	Agent, if known Агент, якщо відомо _____
-----------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	----------------------------------------------------

Smallpox

Натуральна віспа _____

Tetanus Toxoid

Правець _____

Salk (Given Type)

Поліомієліт (вид) _____

Typhoid

Тифоїд _____

Diphtheria

Дифтерія _____

Rubeola

Кір _____

Asthma

Астма _____

Hay Fever

Сінна гарячка _____

"Hives"

Кропивниця _____

Penicillin

Пеницилін _____

Sulfa

Сульфаніламід _____

Others

Інші _____

***Applicant must have a current Tetanus Immunization**

*Кандидат повинен мати теперішню прививку/вакцинацію проти Правцю



Applicant's Family Medical History - Медичні дані родини

Mother: _____ **State of health / стан здоров'я** _____
 Мати _____ **Died / померла** _____ **Cause / причина** _____

Father: _____ **State of health / стан здоров'я** _____
 Батько _____ **Died / помер** _____ **Cause / причина** _____

Tuberculosis

Туберкульоз _____

Cancer

Рак _____

Diabetes Mellitus

Цукровий діабет _____

Heart Disease

Захворювання серця _____

"Nervous Breakdown"

Нервові розлади _____

Insanity

Психоз _____

LABORATORY REPORTS REQUIRED - ЛАБОРАТОРНІ ДАНІ КАНДИДАТА

Wassermann / Реакція Вассермана _____ **Hemoglobin / Гемоглобін** _____ **G/g** _____

Urinalysis _____ **SP.G** _____ **Albumen** _____ **Sugar** _____
 Аналіз сечі _____ Колір _____ Альбуміни _____ Цукор _____

Microscopic / мікроскопічно _____

Chest X-ray or photofluoroscopic examination / рентген грудної клітки _____

Report / дані _____

Date / дата _____ **Place taken / місце перевірки** _____

PHYSICAL EXAMINATION - МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД

Skin (Describe chronic or long-standing lesions)

Шкіра (описати хронічні довготривалі пошкодження) _____

Head / голова _____

Neck / шия _____ **Supple Limitation** _____ **Trachea** _____ **Midline / Середня лінія** _____
 Обмеження функції _____ Трахея _____ **Deviated / Відхилення** _____

Tug / Пульс _____

Thyroid _____ **Normal** _____ **Enlarged** _____ **Nodule** _____ **Bruits** _____ **BMR** _____
 Щитовидна залоза _____ В нормі _____ Збільшена _____ Вузли _____ Шуми _____

Lymphatics: _____ **Submental** _____ **Cervical** _____ **Supraclavicular** _____ **Axillary** _____
 Лімфатичні вузли: _____ Підорідочні _____ Шийні _____ Надключинні _____ Аксилярні _____

Eptrochler _____ **Inguinal** _____ **Others** _____
 Епітрохлеарні _____ Пахові _____ Інші _____

Eyes / Очі _____

Size and Shape of Pupils / розмір та форма зрачків _____

Extra-ocular muscles / екстра:окулярні м'язи _____

Reaction to / реакція до: _____ **Light / світло** _____
Accommodation / умови _____

Nystagmus / Ністагм: _____



Vision (Uncorrected) Зір (без корекції) _____ O.S. _____ /20 _____ O.D. _____ /20 _____
 Vision (Corrected) Зір (коректований) _____ O.S. _____ /20 _____ O.D. _____ /20 _____

Near Reading (Uncorrected) _____ 37cm _____ 50cm _____ 62cm _____
 Читання зблизька (без корекції) _____ 75cm _____ 1m _____ 1,25m _____
 Corrected / Коректоване _____ 37cm _____ 50cm _____ 62cm _____
 _____ 75cm _____ 1m _____ 1,25m _____

Color Vision (Specify Edition and Chart Used) _____
 Кольорове бачення (вказіть вживані видання) _____

Ears / вуха _____

Nose / ніс _____ Deviated Septum _____ Perforated Septum _____
 Викривлення перегородки _____ Перфорація перегородки _____

Mouth _____ Mucous Membranes _____ Tongue _____
 Ротова порожнина _____ Слизові оболонки _____ Язик _____

Teeth / зуби: _____ General condition / загальний стан _____
 Gums / ясна: _____ General condition / загальний стан _____
 Gingivitis / Гінгівіт _____ Pyorrhea / піорея _____
 Tonsils / мигдалини _____ Vincent's Angina / Ангїна Венсена _____

Respiratory system (Note any deformities) _____
 Дихальна система (вказіть відхилення від норми) _____

Percussion and Auscultation / Перкусія та аускультация _____

Cardiac system / серцево-судинна система _____
 PMI / пальпація _____ Intercostal space / міжреберна відстань _____
 Inches or cms. from Midstream Line / см. від грудної лінії _____

Auscultatory findings (sounds, rhythm and murmurs) _____
 Аускультативні дані (звуки, ритм, шуми) _____

Abdomen / живіт _____ Scars / шрами _____ Liver / печінка _____
 Spleen / селезінка _____ Kidneys / нирки _____ Masses / конгломерати _____
 Abdominal Muscles' reflexes / абдомінальні м'язові рефлекси _____

Rectal / ректально _____ Hemorrhoids / гемороїд _____
 Internal / внутрішній _____ Pruritis Ani / сверблячка анусу _____
 Fissure / тріщина _____ Fistula / свищ _____
 External / зовнішній _____ Sacral Curve / сакральна кривизна _____
 Prostate / простата _____
 other / інше _____

Hernia / грижа _____ Inguinal / пахова _____ Umbilical / пупкова _____
 Femoral / стегнова _____

Genito-Urinary / Сечо-статеві органи _____ Phimosis / фімоз _____
 Hypospadias / гіпоспадія _____ Epididymi / епідімітис _____
 Variocele / варикоцеле _____
 Undescended Testis / неопущення яєчок _____
 Hydrocele / гідроцеле _____

Remarks / замітки _____



Smoke / куріння _____ Alcohol / вживання алкоголю _____ Drugs / наркотики _____

Joints (Describe Abnormalities) / Суглоби (описати аномалії) _____

Muscular (List any atrophies) / М'язи (перечислити атрофії) _____

Remarks on abnormalities not otherwise noted or sufficiently described above (such as defective speech, crossed eyes, etc.)
 Зауваження на патології та відхилення від норми, які не були вказані вище або описані недостатньо (такі як дефекти мовлення, косоокість та ін.) _____

Summary of Defects (Including a statement regarding prognosis)
 Заключення про патологію (включити прогноз) _____

Recommendation: keeping in mind the strain of a life of study and the robust constitution required for future work in the priesthood, do you find anything relative to the character, habits, or health, not already stated, which would render the applicant unsuitable for such a life?

Рекомендації: з огляду на спосіб життя під час навчання а також майбутня праця в священничому сані, яка вимагає здоровий спосіб життя, чи Ви знайшли певні недоліки у характері, поведінці чи здоров'ї кандидата, які ще не були вказані, і вважаєте їх несумісними для такого стану життя? _____

Date of Examination
 дата медичного огляду

Examining Physician M.D.
 Ім'я та прізвище лікаря

Street address / вулиця

City / місто State / район

Country / країна

Physician's signature / підпис лікаря

***THIS REPORT IS CONSIDERED CONFIDENTIAL AND IS NECESSARY IN ORDER TO PROVIDE CARE FOR THOSE MEN WHO ARE TO BE RECEIVED IN SAINT SOPHIA UKRAINIAN ORTHODOX THEOLOGICAL SEMINARY.
 *ЦЯ ІНФОРМАЦІЯ Є ПРИВАТНОЮ, КОНФЕДЕНЦІЙНОЮ ТА НЕОБХІДНОЮ ДЛЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ОПІКИ ТИМ, ХТО БУДЕ ПРИЙНЯТИЙ НА НАВЧАННЯ ДО СВЯТО-СОФІЇВСЬКОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ПРАВОСЛАВНОЇ БОГОСЛОВСЬКОЇ СЕМІНАРІЇ.**