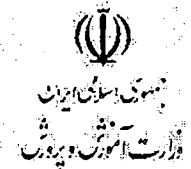


شماره:
تاریخ:
بوسه:



مال تولید پستیانی (تاریخ زوال)

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره ۴-الف

الف - خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

الف-۱. مشخصات عمومی داوطلب: لازم به ذکر است. محتویات این پرسشنامه و معاینات کاملاً محرمانه می باشد

بند. نام و نام خانوادگی:	بند. ۲. متولد:/...../۱۳..... کدملی:
بند. ۳. جنسیت: ۱. مذکر <input type="checkbox"/> ۲. مؤنث <input type="checkbox"/>	بند. ۴. وضعیت تاهل: ۱. مجرد <input type="checkbox"/> ۲. متاهل <input type="checkbox"/> ۳. سایر <input type="checkbox"/>
بند. ۵. نام پردیس / مرکز / سازمان:	بند. ۶. نام آخرین مدرسه ای که تحصیل کرده اید:
بند. ۷. گروه آزمایشی معرفی شده:	
بند. ۸. آدرس پست الکترونیک: (ایمیل)	
بند. ۹. شماره تلفن ثابت و همراه:	
بند. ۱۰. خدمت سربازی: ۱. رفته ام <input type="checkbox"/> ۲. نرفته ام <input type="checkbox"/> ۳. دارای معافیت هستم <input type="checkbox"/> علت معافیت ذکر شود:	

الف-۳. سابقه پزشکی فرد (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۱۱. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟
۱. اختلالات قلبی و عروقی <input type="checkbox"/> ۲. احساس خستگی مزمن <input type="checkbox"/> ۳. دردهای اسکلتی عضلانی <input type="checkbox"/> ۴. ناراحتی های گوارشی <input type="checkbox"/> ۵. فشار خون بالا <input type="checkbox"/> ۶. سردرد دوره ای <input type="checkbox"/> ۷. د. بابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۸. اختلال کارکرد تیروئید <input type="checkbox"/> ۹. کم خونی تایید شده <input type="checkbox"/> ۱۰. بالا بودن چربی خون <input type="checkbox"/> ۱۱. تشنج و صرع <input type="checkbox"/> ۱۲. آسم و سایر بیماری های مزمن تنفسی <input type="checkbox"/> ۱۳. کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> ۱۴. بیماری های صعب العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و...) <input type="checkbox"/> ذکر شود: ۱۵. مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و...) <input type="checkbox"/> ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان <input type="checkbox"/> علت: ۱۷. مشکلات مادرزادی <input type="checkbox"/> ذکر شود: ۱۸. معلولیت <input type="checkbox"/> نوع و علت: ۱۹. سابقه بیماری های عفونی (سل، هیاتیت B، ایدز، تب مالت و...) <input type="checkbox"/> در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید: ۲۰. سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم <input type="checkbox"/> ۲۱. آیا در بدین رنگ ها مشکل دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بند ۱۲. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟
۱. درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> ۲. سرگیجه <input type="checkbox"/> ۳. سرفه <input type="checkbox"/> ۴. تنگی نفس <input type="checkbox"/> ۵. هیچکدام <input type="checkbox"/> بند ۱۳. آیا در حال حاضر تحت درمان یا داروی خاصی هستید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام دارو ها ذکر شود: بند ۱۴. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام دارو ها، علت و مدت استفاده ذکر شود:



شماره
تاریخ
پوست

پزشک



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و پرورش

سال تولد پزشکی و تاریخ زوال

بهداشت بیمار و تاریخ و قسمت منابع

<p>بند ۱۵. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/></p> <p>اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟</p> <p>۱. آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/> ۲. مسکن های ساده <input type="checkbox"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۴. داروهای آرامبخش <input type="checkbox"/> ۵. داروهای تیروئید <input type="checkbox"/> ۶. سایر موارد <input type="checkbox"/> ذکر شود.....</p>
<p>بند ۱۶. آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هروئین، خشیش و.... و مواد محرک مثل شیشه، اکستازی) و.... داشته اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> چه سالی..... و چه مدت.....؟ ذکر کنید.....</p>
<p>بند ۱۷. آیا تاکنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پپ داشته اید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/></p> <p>چه سالی..... و چه مدت..... آیا ادامه دارید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/></p>
<p>بند ۱۸. گروه خونی و RH شما چیست؟.....</p>

الف- (۳) سابقه پزشکی خانواده (توسط داوطلب تکمیل گردد)

<p>بند ۱۹. کدامیک از موارد زیر در خانواده در چه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟</p> <p>۱. فشار خون بالا <input type="checkbox"/> ۲. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال <input type="checkbox"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۴. سرطان <input type="checkbox"/> ۵. مصرف دخانیات (سیگار، پپ، قلیان) <input type="checkbox"/> ۶. بالا بودن چربی های خون <input type="checkbox"/> ۷. بیماری های اعصاب و روان <input type="checkbox"/> ۸. بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/> ۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسروز، کرون) <input type="checkbox"/></p>
--

الف- (۵) وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد)

<p>بند ۲۰. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟</p> <p>۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>
<p>بند ۲۱. آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟</p> <p>۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>
<p>بند ۲۲. آیا در دوره دبیرستان واکسن توأم (دیفتری، کزاز) دریافت کرده اید؟</p> <p>۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>

الف- (۶) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل میگردد

(این نمودار برگ توسط داوطلب و در حضور پزشک معاین تکمیل و امضا و تحویل پزشک معاین میگردد تا در پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود)

تاریخ تکمیل امضا و اثر انگشت داوطلب

