



نمون برق شماره ۸

وزارت آموزش و پرورش
تعاونیت برنامه ریزی و توسعه منابع
مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و امور اداری

خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

(این نمون برق توسط داوطلب و در حضور پزشک معاین میگردد تا در بروند پزشکی داوطلب نگهداری شود)

الف-۱) مشخصات عمومی داوطلب: لازم به ذکر است محتويات این پرسشنامه و معاینات کاملاً محرومانه می باشد

بند.۱.نام و نام خانوادگی:	بندلی:	بنده / / ۱۳.....
بنده / /	بنده ۳.جنسیت: ۱. مذکر <input type="checkbox"/> ۲. مومن <input type="checkbox"/>	بنده ۴. وضعیت تأهل: ۱. مجرد <input type="checkbox"/> ۲. متاهل <input type="checkbox"/> ۳. سایر <input type="checkbox"/>
بنده / /	بنده ۵.نام آخرین دانشگاهی که تحصیل کرده اید :	بنده ۶. رشته شغلی پذیرفته شده :
بنده / /	بنده ۷. آدرس پست الکترونیک (ایمیل):	بنده ۸. شماره تلفن ثابت و همراه :
بنده / /	بنده ۹. خدمت سربازی ۱.رفته ام <input type="checkbox"/> ۲. نرفته ام <input type="checkbox"/>	بنده ۱۰. علت معافیت ذکر شود

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

بنده ۱۴. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟	<input type="checkbox"/> 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. سر درد دوره ای <input type="checkbox"/> ۷. دیابت(بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۸. اختلال کارکرد تیره و تید <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، هپاتیت C, B، ایدز، تب مالت و...) <input type="checkbox"/> درصورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید..... ۲۰ . سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم <input type="checkbox"/> ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بنده ۱۵. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید?	<input type="checkbox"/> 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"/>
بنده ۱۶. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟	<input type="checkbox"/> ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله <input type="checkbox"/> نام دارو ها ذکر شود....
بنده ۱۷. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارد؟	<input type="checkbox"/> ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله <input type="checkbox"/> نام دارو ها ، علت و مدت استفاده ذکر شود....





بند ۱۸- آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟	<input type="checkbox"/> ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله
اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟	
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 نیرو زا <input type="checkbox"/> ۶. سایر <input type="checkbox"/> موارد ذکر شود.....	
بند ۱۹- آیاتاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هروین، حشیش و... و موادمحرك مثل شیشه، اکستازی) و.... داشته اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> چه سالی و چه مدت؟ ذکر کنید	
بند ۲۰- آیا تا کنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته اید؟ <input type="checkbox"/> ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله <input type="checkbox"/> چه سالی و چه مدت آیا ادامه دارد؟ <input type="checkbox"/> ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله	
این سوال مخصوص خانم ها می باشد	
بند ۲۱- سابقه کدام مورد را داشته اید؟ اختلالات پریود <input type="checkbox"/> موهای زاید صورت <input type="checkbox"/> بلوغ زودرس <input type="checkbox"/> بلوغ دیررس <input type="checkbox"/> سابقه یا جراحی بیماریهای رحمی <input type="checkbox"/> ناباروری <input type="checkbox"/> کیست های تخمداشی <input type="checkbox"/> توده یا ترشحات پستانی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> موارد ذکر کنید	
بند ۲۲- Rh و گروه خونی شما چیست؟	

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

بند ۲۳- کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟	
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، پیپ، قلیان) <input type="checkbox"/> ۶. بالابودن چربی های خون <input type="checkbox"/> ۷. چاقی <input type="checkbox"/> ۸. بیمارهای اعصاب و روان <input type="checkbox"/> ۹. بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/> ۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسره، کرون)	

الف-۴) وضعیت / یمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۲۴- آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟	
۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/>	
بند ۲۵- آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟	
۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/>	
بند ۲۶- آیا در دوره دیبرستان واکسن توام(دیفتی، کزان) دریافت کرده اید؟	
۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/>	

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





وزارت آموزش و پرورش

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و امور اداری

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

اینجانب..... شماره شناسنامه نام پدر
 شماره داوطلبی در آزمون استخدام پیمانی سال
 ۱۴۰۱ رشته های مورد نیاز آموزش و پرورش ، موارد قید شده را صادقانه و با دقت تکمیل کرده و
 صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم و به این موضوع آگاهی کامل دارم که درج
 هرگونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ایی از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته
 شدن اینجانب خواهد شد .

نام و نام خانوادگی :

تاریخ:

ائز انگشت و امضاء داوطلب :

