

**وزارت آموزش و پرورش**

**اداره کل آموزش و پرورش استان همدان** شماره پرونده پزشکی:

فرم معاینات قبل از استخدام شماره کارمندی :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| توضیحات | محل الصاق عکس  **نام و نام خانوادگی : نام پدر : تاریخ تولد : / / جنس :**  **میزان تحصیلات :**  **وضعیت تاهل :** **تعداد اولاد :**  **شماره ملی : تلفن همراه: سهمیه خدمتی:**  **احراز هویت:**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **اعتیاد به سیگار :** دارد ندارد **نوع بیمه :** مستقیم غیر مستقیم  **شغل پیش بینی شده برای مشار الیه و شرح مختصری از آن :** ......................................................................................................  **دبیری آموزگاری مربی امور تربیتی مدارس تربیت بدنی آموزگار استثنایی** | | | | | | | | | |
| **نام واحد : اداره امور اداری و منایع انسانی آدرس : همدان خیابان فرهنگ اداره کل آموزش و پرورش استان همدان**  **نام و نام خانوادگی مدیر منابع انسانی و امور اداری :** **هادی سلگی** **امضاء** | | | | | | | | | |
| اینجانب .................................................... صحت مطالب زیر را در خصوص سوابق خود تاَیید می نمایم و بدینوسیله اعلام می دارم که سابقه هیچگونه کسالت روانی و صرع و اعتیاد به مواد مخدر را تا کنون نداشته ام و چنانچه در مدت یکسال از تاریخ استخدام شواهد و مستنداتی بدست بیاید که خلاف آن را ثابت نماید بدون هیچگونه حقی مستعفی شناخته شوم .  **امضاء** | | | | | | | | | |
| سوابق | شغلی | عنوان شغلی | مدت اشتغال به کار | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| شخصی | 1- سل 2- دیابت 3- بیماری عصبی 4- بیماری روانی 5- آسم و آلرژی 6- نقص عضو 7- صرع  8- فشار خون 9- بیماری گوارشی 10- بیماری ادراری تناسلی 11- مصرف مستمر دارو  12- سابقه بستری شدن در بیمارستان | | | | | | | |
|  | نوع بیماری  نسبت | | سل | دیابت | آلرژی | فشار خون | صرع | بیماری روانی |
| پدر | |  |  |  |  |  |  |
| مادر | |  |  |  |  |  |  |
| خواهر و برادر | |  |  |  |  |  |  |
| فرزندان | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1- قد ................. سانتیمتر 2- وزن ....................کلیو گرم 3 – فشار خون شریانی .............................. 4- گروه خونی و RH .................................. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **معاینات** | | | | راست | | چپ | | | دوچشم | | | **معاینات** | راست | | چپ | |
| طبیعی | غیرطبیعی | طبیعی | | غیرطبیعی | طبیعی | غیرطبیعی | | طبیعی | غیر  طبیعی | طبیعی | غیر  طبیعی |
| **دید**  **چشم** | | | **دید بدون عینک** |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| **دید با عینک** |  |  |  | |  |  |  | | **دید رنگ** |  |  |  |  |
| میدان بینایی  (در صورت امکان) | | | |  |  |  | |  |  |  | | **شنوائی** |  |  |  |  |
| **دستگاهها** | | | | **طبیعی** | | **غیر طبیعی** | | | مشکوک به عارضه ( از لحاظ درجه پیشرفت و شدت بیماری توضیح داده شود) | | | | | | | |
| **دستگاه قلب و عروق** | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| **دستگاه تنفس** | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| **دستگاه گوارش** | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| **دستگاه عصبی** | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| **بیماری ها** | | **چشم** | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| **گوش** | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| **طرز تکلم** | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| **دستگاه اداری تناسلی** | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| استخوانها و عضلات | **ستون فقرات** | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| **اندام فوقانی** | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| **اندام تحتانی** | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| **عضلات** | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| **وضعیت روانی** | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| **پوست** | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| **آزمایشات پاراکلینیکی** | | | | | | | **شماره کلیشه آزمایش** | | | | **نتیجه آزمایش** | | | | | |
| **آزمایشهای لازم برای تشخیص اعتیاد به مواد مخدر** | | | | | | |  | | | |  | | | | | |
| **رادیوگرافی ریتین** | | | | | | |  | | | |  | | | | | |
| **سایر آزمایشات** | | | | | | |  | | | |  | | | | | |
| **نتیجه معاینه : مناسب برای کار پیشنهاد شده نام و نام خانوادگی پزشک**  **نامناسب برای کار شماره نظام پزشکی**  **مناسب مشروط تاریخ معاینه**  **توضیحات :** | | | | | | | | | | | | | | | | |