

نمونه برگ شماره ۷

الف- خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

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

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

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

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

بند.۱۴. 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. سر درد دوره ای <input type="checkbox"/> ۷. دیابت(بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۸. اختلال کارکرد تیروئید <input type="checkbox"/> ۹. کم خونی تأیید 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، ایدز، تب مالت و...) در صورت ابتلاء هر کدام ذکر نماید..... 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"/>	
بند.۱۵. هنگام انجام فعالیت های بدنه 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.۱۶. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام داروها ذکر شود.....	
بند.۱۷. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارد؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام داروها، علت و مدت استفاده ذکر شود.....	
بند.۱۸. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> 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 نیروزا <input type="checkbox"/> ۶. سایر <input type="checkbox"/> موارد ذکر شود.....	
بند.۱۹- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر و.... داشته اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> چه سالی و چه مدت ذکر نماید	

<input type="checkbox"/> 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 خانم‌ها می‌باشد
<input type="checkbox"/> بند ۲۱- سابقه کدام مورد را داشته اید؟ اختلالات هورمونی <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"/> کیست‌های تخدمائی <input type="checkbox"/> توده یا ترشحات پستانی <input type="checkbox"/> سایر موارد ذکر کنید.....
بند ۲۲- Rh-و گروه خونی شما چیست؟.....

الف-۴) 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 چربی‌های خون <input type="checkbox"/> ۷. چاقی <input type="checkbox"/> ۸. بیمارهای اعصاب و روان <input type="checkbox"/> ۹. بیمارهای کلیوی <input type="checkbox"/> ۱۰. بیماری‌های روده ای (کولیت اولسرو، کرون)
الف-۵) وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد)
بند ۲۴. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟
<input type="checkbox"/> ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله <input type="checkbox"/> ۳. نمی‌دانم
بند ۲۵. آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟
<input type="checkbox"/> ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله <input type="checkbox"/> ۳. نمی‌دانم
بند ۲۶. آیا در دوره دبیرستان واکسن تومام(دیفتتری، کزار) دریافت کرده اید؟
<input type="checkbox"/> ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بله <input type="checkbox"/> ۳. نمی‌دانم

الف-۶) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل می‌گردد:
 **اینجانب.....شماره شناسنامهنام پدرشماره داوطلبیدر آزمون استخدام پیمانی سال ۱۴۰۱ ارشته‌های مورد نیاز آموزش و پرورش، موارد قید شده را صادقانه و با دقت تکمیل کرده و صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می‌گیرم و به این موضوع آگاهی کامل دارم که درج هرگونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ای از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد.

نام و نام خانوادگی :
تاریخ:
اثر انگشت و امضاء داوطلب :

نمونه کش شماره ۸

ب) - معاینات جسمی: (توسط پزشک)

ب-۱) قد، وزن، فشار خون، BMI

بند-۴۲. قد(به سانتیمتر) بند-۴۳. وزن به کیلوگرم.....	BMI.....
بند-۴۴. فشار خون ۱- سیستول: دیا سیستول: فشار خون بالا(۱۴۰/۹۰ و بالاتر) ۱. خیر ۲. بله	<input type="checkbox"/>

ب-۲) اندازه گیری قدرت بینایی:

بند-۴۵. وضعیت بینایی چشم راست: (بدون عینک) ۱- ۲۱۰ / ۱۰- ۳ و کمتر <input type="checkbox"/> ۹/۱۰- ۲۱۰ <input type="checkbox"/> ۸/۱۰- ۳ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند-۴۶. وضعیت بینایی چشم چپ: (بدون عینک) ۱- ۲۱۰ / ۱۰- ۳ و کمتر <input type="checkbox"/> ۹/۱۰- ۲۱۰ <input type="checkbox"/> ۸/۱۰- ۳ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند-۴۷. با توجه به وضعیت بینایی مراجعه دانشجو به چشم پزشک توصیه می شود؟ ۱- خیر ۲- بله <input type="checkbox"/>
بند-۴۸. آیا هر دو چشم سالم است؟ اگر نه نام بیماری <input type="checkbox"/>
بند-۴۹- اگر از عینک استفاده می کنید؟ شماره چشم چپ راست آستیگماتیسم: راست چپ

ب-۳) معاينه لثه و دندان ها:

بند-۵۰- وضعیت بهداشت دندان ها کدام گزینه است؟ ۱. بد <input type="checkbox"/> ۲. متوسط <input type="checkbox"/> ۳. خوب <input type="checkbox"/>
بند-۵۱- وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است؟ ۱. بیماری لثه(پیوره) <input type="checkbox"/> ۲. التهاب لثه <input type="checkbox"/> ۳. طبیعی <input type="checkbox"/>
بند-۵۲- تعداد دندان های پوسیده؟ صفر <input type="checkbox"/> عدد <input type="checkbox"/>
بند-۵۳- تعداد دندان های پر شده به علت پوسیدگی؟ صفر <input type="checkbox"/> عدد <input type="checkbox"/>
بند-۵۴- تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی؟ صفر <input type="checkbox"/> عدد <input type="checkbox"/>
بند-۵۵- با توجه به معاينات وضعیت دهان و دندان مراجعه دانشجو به دندانپزشک توصیه می شود؟ ۱. خیر ۲. بله <input type="checkbox"/>

ب-۴) معاينات بدنی و برسی های بالینی :

(همکار گرامی لطفاً پیش از معاينه، مروری بر شرح حال باربارا بیتزا و لیست بیماری های ممنوع الاستخدام داشته باشید)

۱.پوست و مو: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۲.سر، صورت و گردن: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۳.چشم و پلکها: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۴.دهان، گوش، حلق و بینی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۵.بیماری های عفونی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۶.خون و غدد لنفاوی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۷.قفسه سینه: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۸.قلب و عروق طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۹.ریه و تنفس: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۰.شکم و گوارش: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۱.کلیه ها و مجاری ادراری: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۲.مغز و اعصاب: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۳.اعصاب و روان: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۴.اندام فوقانی و تحتانی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۵.بیماری های روماتولوژی، استخوان، مفاصل و عضلات: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۶.غدد و هورمون ها: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۷.معاینات زنان: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....