

نمون برگ اعلام آمادگی برای انجام معاینات پزشکی

الف: اطلاعات مربوط به وضعیت جسمانی داوطلب بر اساس اظهارات خویش:

۱	دیابت	دارم	ندارم	۹	لوسیمی (سرطان)	دارم	ندارم
۲	سیروز کبدی	دارم	ندارم	۱۰	کم خونی شدید مقاوم به درمان	دارم	ندارم
۳	آسم	دارم	ندارم	۱۱	تالاسمی ماژور	دارم	ندارم
۴	نارسایی کلیه	دارم	ندارم	۱۲	صرع	دارم	ندارم
۵	بیماری های پیشرفته قلبی	دارم	ندارم	۱۳	افسردگی	دارم	ندارم
۶	اسکروز آن پلاک	دارم	ندارم	۱۴	اضطراب	دارم	ندارم
۷	پارکینسون	دارم	ندارم	۱۵	اعتیاد به مواد مخدر، دخانیات و الکل	دارم	ندارم
۸	جذام	دارم	ندارم				

اینجانب دارای کد ملی نام پدر شماره داوطلبی در آزمون اختصاصی پذیرش دانشجو- معلم در دانشگاه فرهنگیان سال ۱۴۰۳ اطلاعات نمون برگ های مربوط به ویژگیهای جسمانی و معاینات پزشکی 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 هر گونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ای از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد. و از کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده از سوی آموزش و پرورش در دفترچه آزمون و اطلاعیه مربوط و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی ویژگی های جسمانی اعلام خواهد شد؛ آگاهی کامل داشته و متعهد و متلزم می شوم که مطابق ضوابط آموزش و پرورش عمل نمایم.

تاریخ تکمیل امضا. و اثر انگشت داوطلب

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 پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود)

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

بند ۱. نام و نام خانوادگی:	بند ۲. متولد...../...../۱۳.....	کد ملی:
بند ۳. جنسیت: ۱. مذکر <input type="checkbox"/> ۲. مونث <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 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		

نمونه برگ شماره

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

بند ۱۴. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟

۱. اختلالات قلبی و عروقی ۲. احساس خستگی مزمن ۳. دردهای اسکلتی_عضلانی ۴. ناراحتی های گوارشی

۵. فشار خون بالا ۶. سر درد دوره ای ۷. دیابت (بیماری قند) ۸. اختلال کارکرد تیروئید

۹. کم خونی تأیید شده ۱۰. بالا بودن چربی خون ۱۱. تشنج و صرع ۱۲. آسم و سایر بیماری های مزمن تنفسی

۱۳. کاهش شنوایی ۱۴. بیماری های صعب العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و...) ذکر شود.....

۱۵. مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و...) ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان علت....

۱۷. مشکلات مادرزادی ذکر شود..... ۱۸. معلولیت نوع و علت.....

۱۹- سابقه بیماری های عفونی (سل، هیپاتیت C, B, ایدز، تب مالت و...) در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید.....

۲۰. سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ بله خیر

بند ۱۵. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟

۱. درد قفسه سینه ۲. سرگیجه ۳. سرفه ۴. تنگی نفس ۵. هیچکدام

بند ۱۶. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟

۱. خیر ۲. بلی نام داروها ذکر شود....

بند ۱۷. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟

۱. خیر ۲. بلی نام داروها، علت و مدت استفاده ذکر شود....

بند ۱۸. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر ۲. بلی

اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟

۱. آنتی بیوتیک ۲. مسکن های ساده ۳. دیابت (بیماری قند) ۴. داروهای آرامبخش ۵. داروهای نیروزا ۶. سایر موارد ذکر شود.....

بند ۱۹- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر و... داشته اید؟ خیر بلی

چه سالی و چه مدت؟ ذکر کنید

بند ۲۰- آیا تا کنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته اید؟ ۱. خیر ۲. بلی

چه سالی و چه مدت آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر ۲. بلی

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

این سوال مخصوص خانم‌ها می باشد

بند ۲۱- سابقه کدام مورد را داشته اید؟ اختلالات هورمونی بلوغ زودرس بلوغ دیررس سابقه یا جراحی بیماری‌های رحمی ناباروری
کیست‌های تخمدانی توده یا ترشحات پستانی 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 ۲. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال ۳. دیابت (بیماری قند) ۴. سرطان ۵. مصرف دخانیات (سیگار، پپ، قلیان)
۶. بالابودن چربی‌های خون ۷. چاقی ۸. بیماری‌های اعصاب و روان ۹. بیماری‌های کلیوی
۱۰. بیماری‌های روده ای (کولیت اولسرو، کرون)

بند ۲۴. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟

۱. خیر ۲. بلی ۳. نمی دانم

بند ۲۵. آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟

۱. خیر ۲. بلی ۳. نمی دانم

بند ۲۶. آیا در دوره دبیرستان واکسن توام (دیفتری، کزاز) دریافت کرده اید؟

۱. خیر ۲. بلی ۳. نمی دانم

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

***اینجانب.....شماره شناسنامه..... نام پدرشماره داوطلبیدر آزمون
اختصاصی پذیرش دانشجو- معلم در دانشگاه فرهنگیان سال ۱۴۰۳ 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:

اثر انگشت و امضاء داوطلب :