

نمون برگ شماره ۸

الف- خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

(این نمونه برگ توسط داوطلب و در حضور پزشک معاینه تکمیل و امضا و تحویل پزشک معاینه می‌گردد تا در پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود)
الف-۱) مشخصات عمومی داوطلب: لازم به ذکر است محتویات این پرسشنامه و معاینات کاملاً محرمانه می‌باشد

بند ۱. نام و نام خانوادگی:	بند ۲. متولد...../...../۱۳..... کد ملی:
بند ۳. جنسیت: ۱. مذکر <input type="checkbox"/> ۲. مؤنث <input type="checkbox"/>	بند ۴. وضعیت تأهل: ۱. مجرد <input type="checkbox"/> ۲. متأهل <input type="checkbox"/> ۳. سایر <input type="checkbox"/>
بند ۵. نام پردیس / مرکز/ سازمان:	بند ۶. نام آخرین دانشگاهی که تحصیل کرده‌اید:
بند ۷. رشته شغلی پذیرفته شده:	
بند ۸. آدرس پست الکترونیک: (ایمیل)	
بند ۹. شماره تلفن ثابت و همراه:	
بند ۱۰. خدمت سربازی ۱. رفته‌ام <input type="checkbox"/> ۲. نرفته‌ام <input type="checkbox"/> ۳. دارای معافیت هستم <input type="checkbox"/> علت معافیت ذکر شود	

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

بند ۱۴. کدام یک از مشکلات زیر را تاکنون داشته‌اید؟ ۱. اختلالات قلبی و عروقی <input type="checkbox"/> ۲. احساس خستگی مزمن <input type="checkbox"/> ۳. دردهای اسکلتی_عضلانی <input type="checkbox"/> ۴. ناراحتی‌های گوارشی <input type="checkbox"/> ۵. فشارخون بالا <input type="checkbox"/> ۶. سردرد دوره‌ای <input type="checkbox"/> ۷. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۸. اختلال کارکرد تیروئید <input type="checkbox"/> ۹. کم‌خونی تأیید شده <input type="checkbox"/> ۱۰. بالا بودن چربی خون <input type="checkbox"/> ۱۱. تشنج و صرع <input type="checkbox"/> ۱۲. آسم و سایر بیماری‌های مزمن تنفسی <input type="checkbox"/> ۱۳. کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> ۱۴. بیماری‌های صعب‌العلاج (سرطان، ام‌اس، اچ‌ای‌وی 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 بیماری‌های عفونی (سل، هپاتیت B, C، ایدز، تب مالت و...) <input type="checkbox"/> در صورت ابتلا هر کدام ذکر کنید..... ۲۰. سابقه هیچ‌کدام از بیماری‌های فوق را ندارم <input type="checkbox"/> ۲۱. آیا در دیدن رنگ‌ها مشکل دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بند ۱۵. هنگام انجام فعالیت‌های بدنی دچار کدام یک از مشکلات زیر می‌شوید؟ 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 دارید؟ 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 می‌کنید؟ اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می‌کنید؟ ۱. آنتی‌بیوتیک <input type="checkbox"/> ۲. مسکن‌های ساده <input type="checkbox"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۴. داروهای آرام‌بخش <input type="checkbox"/> ۵. داروهای نوروژن <input type="checkbox"/> ۶. سایر موارد ذکر شود.....
بند ۱۹- آیا تاکنون سابقه‌ای از مصرف مواد مخدر و... داشته‌اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> چه سالی..... و چه مدت.....؟ ذکر کنید.....
بند ۲۰- آیا تاکنون سابقه‌ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته‌اید؟ خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> چه سالی..... و چه مدت..... آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/>
این سؤال مخصوص خانم‌ها می‌باشد بند ۲۱- سابقه کدام مورد را داشته‌اید؟ 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 تخمدانی <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- کدام یک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟

۱. فشارخون بالا ۲. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال ۳. دیابت (بیماری قند) ۴. سرطان ۵. مصرف دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان) ۶. بالابود چربی های خون ۷. چاقی ۸. بیماری های اعصاب و روان ۹. بیماری های کلیوی ۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسرو، کرون)

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

بند ۲۴. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟

۱. خیر ۲. بلی ۳. نمی دانم

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

۱. خیر ۲. بلی ۳. نمی دانم

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

۱. خیر ۲. بلی ۳. نمی دانم

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

**اینجانب..... به شماره شناسنامه نام پدر شماره داوطلبی در آزمون استخدام پیمانی سال ۱۴۰۳ 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 ای از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

اثر انگشت و امضاء داوطلب: