

نمون برگ شماره ۹

ب) معاینات جسمی: (توسط پزشک)

ب-۱) قد، وزن، فشارخون، BMI

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

ب-۲) اندازه‌گیری قدرت بینایی:

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

ب-۳) معاینه لثه و دندان‌ها:

بند ۵۰- وضعیت بهداشت دندان‌ها کدام گزینه است؟ ۱. بد <input type="checkbox"/> ۲. متوسط <input type="checkbox"/> ۳. خوب <input type="checkbox"/>
بند ۵۱- وضعیت بهداشت لثه‌ها کدام گزینه است؟ ۱. بیماری لثه (پوره) <input type="checkbox"/> ۲. التهاب لثه <input type="checkbox"/> ۳. طبیعی <input type="checkbox"/>
بند ۵۲- تعداد دندان‌های پوسیده؟ صفر <input type="checkbox"/> ..... عدد
بند ۵۳- تعداد دندان‌های پر شده به علت پوسیدگی؟ صفر <input type="checkbox"/> ..... عدد
بند ۵۴- تعداد دندان‌های کشیده شده به علت پوسیدگی؟ صفر <input type="checkbox"/> ..... عدد
بند ۵۵- با توجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه دانشجو به دندان‌پزشک توصیه می‌شود؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/>

ب-۴) معاینات بدنی و بررسی‌های بالینی:

(همکار گرامی لطفاً پیش از معاینه، مروری بر شرح حال باربارا بیتز و لیست بیماری‌های ممنوع‌الاستخدام داشته باشید)

۱. پوست و مو: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۲. سر، صورت و گردن: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۳. چشم و پلک‌ها: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۴. دهان، گوش، حلق و بینی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۵. بیماری‌های عفونی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۶. خون و غدد لنفاوی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۷. قفسه سینه: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۸. قلب و عروق طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۹. ریه و تنفس: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۰. شکم و گوارش: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....

۱۱. کلیه‌ها و مجاری ادراری: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۲. مغز و اعصاب: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۳. اعصاب و روان: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۴. اندام فوقانی و تحتانی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۵. بیماری‌های روماتولوژی، استخوان، مفاصل و عضلات: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۶. غدد و هورمون‌ها: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۷. معاینات زنان: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....