

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 می گردد 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. مؤنث <input type="checkbox"/>	بند ۴. وضعیت تاهل: 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 کرده اید:	
بند ۷. رشته شغلی پذیرفته 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		

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

بند ۱۱. کدام یک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟

◀ سلامت عمومی و وضعیت جسمانی:

۱. اختلالات قلبی و عروقی ☐ ۲. احساس خستگی مزمن ☐ ۳. دردهای اسکلتی-عضلانی ☐ ۴. ناراحتی های گوارشی ☐
۵. فشارخون بالا ☐ ۶. سردرد دوره ای ☐ ۷. دیابت (بیماری قند) ☐ ۸. اختلال کارکرد تیروئید ☐
۹. کم خونی تایید شده ☐ ۱۰. بالا بودن چربی خون ☐ ۱۱. تشنج و صرع ☐ ۱۲. آسم و سایر بیماری های مزمن تنفسی ☐
۱۳. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ بله ☐ خیر ☐
۱۴. کاهش شنوایی ☐ ۱۵. بیماری های صعب العلاج (سرطان، ام ای، ایدز و...) ☐ ذکر شود.....
۱۶. مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و...) ☐
۱۷. مشکلات مادرزادی ☐ ذکر شود..... ۱۸. سابقه هیچ کدام از بیماری های فوق را ندارم ☐
۱۹. مواردی را که نیاز می دانید دکتر را مطلع سازید.....

◀ سلامت روان:

۱. اختلال افسردگی ☐ ۲. اختلال اضطرابی ☐ ۳. اختلال دو قطبی ☐ ۴. اختلال وسواس ☐
۵. بیماری های روانی ناشی از جنگ و حوادث (PTSD) ☐ ۶. عدم تعادل عصبی و روانی ☐

◀ بیماری های عفونی:

۱. بیماری های مزمن عفونی (تب مالت، سل، سیفلیس، هپاتیت B، ایدز و...) ☐ در صورت ابتلا به هر کدام نام آن را ذکر کنید.....
۲. بیماری های عفونی، انگلی و مزمن ☐ ۳. بیماری های عفونی پوستی ☐

◀ سایر موارد:

۱. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان ☐ و علت ۲. سابقه دارویی ☐
۱۲. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدام یک از مشکلات زیر می شوید؟
۱. درد قفسه سینه ☐ ۲. سرگیجه ☐ ۳. سرفه ☐ ۴. تنگی نفس ☐ ۵. هیچ کدام ☐

بند ۱۳. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟

۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ نام داروها ذکر شود.....

بند ۱۴. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟

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