

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 ☐ ۲. مؤنث ☐	بند ۴. وضعیت تأهل: ۱. مجرد ☐ ۲. متأهل ☐ ۳. سایر ☐
بند ۵. نام پردیس / مرکز / سازمان:	بند ۶. نام آخرین دانشگاهی که تحصیل کرده‌اید:
بند ۷. رشته شغلی پذیرفته‌شده:	
بند ۸. آدرس پست الکترونیک: (ایمیل)	
بند ۹. شماره تلفن ثابت و همراه:	
بند ۱۰. خدمت سربازی ۱. رفته‌ام ☐ ۲. ترفتم ☐ ۳. دارای معافیت هستم ☐ علت معافیت ذکر شود	

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

بند ۱۱. کدام یک از مشکلات زیر را تاکنون داشته‌اید؟

◀ سلامت عمومی و وضعیت جسمانی:

۱. اختلالات قلبی و عروقی ☐ ۲. احساس خستگی مزمن ☐ ۳. دردهای اسکلتی-عضلانی ☐ ۴. ناراحتی‌های گوارشی ☐
۵. فشارخون بالا ☐ ۶. سردرد دوره‌ای ☐ ۷. دیابت (بیماری قند) ☐ ۸. اختلال کارکرد تیروئید ☐
۹. کم‌خونی تأییدشده ☐ ۱۰. بالا بودن چربی خون ☐ ۱۱. تشنج و صرع ☐ ۱۲. آسم و سایر بیماری‌های مزمن تنفسی ☐
۱۳. آیا در دیدن رنگ‌ها مشکل دارید؟ بله ☐ خیر ☐
۱۴. کاهش شنوایی ☐ ۱۵. بیماری‌های صعب‌العلاج (سرطان، ام‌اس، ایدز و...) ☐ ذکر شود.....
۱۵. مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و...) ☐
۱۶. مشکلات مادرزادی ☐ ذکر شود..... ۱۷. معلولیت ☐ نوع و علت.....
۱۸. سابقه هیچ کدام از بیماری‌های فوق را ندارم ☐ ۲۰. مواردی را که نیاز می‌دانید دکتر را مطلع سازید.....

◀ سلامت روان:

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

◀ بیماری‌های عفونی:

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

◀ سایر موارد:

۱. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان ☐ و علت..... ۲. سابقه دارویی ☐
۱۲. هنگام انجام فعالیت‌های بدنی دچار کدام یک از مشکلات زیر می‌شوید؟
۱. درد قفسه سینه ☐ ۲. سرگیجه ☐ ۳. سرخه ☐ 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.....

بند ۱۴. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می‌کنید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می‌کنید؟ ۱. آنتی‌بیوتیک ☐ ۲. مسکن‌های ساده ☐ ۳. دیابت (بیماری قند) ☐ ۴. داروهای آرام‌بخش ☐ ۵. داروهای نیروزا ☐ ۶. مکمل‌ها ☐ ۷. سایر موارد ☐ ذکر شود.....
بند ۱۵- آیا تاکنون سابقه‌ای از مصرف مواد مخدر و... داشته‌اید؟ خیر ☐ بلی ☐ چه مدت؟ ذکر کنید
بند ۱۶- آیا تاکنون سابقه‌ای از مصرف سیگار، قلیان، پیپ، ویپ و پاد داشته‌اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ چه مدت..... آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐
این سؤال مخصوص خانم‌ها می‌باشد بند ۱۷- سابقه کدام مورد را داشته‌اید؟ اختلالات هورمونی ☐ بلوغ زودرس ☐ بلوغ دیررس ☐ سابقه یا جراحی بیماری‌های رحمی ☐ ناباروری ☐ کیست‌های تخمدانی ☐ توده یا ترشحات پستانی ☐ سایر موارد ذکر کنید.....
بند ۱۸- Rh و گروه خونی شما چیست؟.....

الف- (۴) سابقه پزشکی خانواده (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۱۹- 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 چربی‌های خون ☐ ۷. چاقی ☐ ۸. بیماری‌های اعصاب و روان ☐ ۹. بیماری‌های کلیوی ☐ ۱۰. بیماری‌های روده‌ای (کولیت اولسرو، کرون) ☐

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

بند ۲۰. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی‌دانم ☐
بند ۲۱. آیا واکسن هیپاتیت ب را دریافت کرده‌اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی‌دانم ☐
بند ۲۲. آیا در دوره دبیرستان واکسن توأم (دیفتری، کزاز) دریافت کرده‌اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی‌دانم ☐

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

اینجانب..... شماره شناسنامه..... نام پدر..... شماره داوطلبی..... در آزمون استخدام وزارت آموزش و پرورش در سال ۱۴۰۴، موارد قیدشده 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 مرحله‌ای از دوره مهارت آموزی و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد.

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