

شماره:

وزارت آموزش و پرورش جمهوری اسلامی ایران

تاریخ:

اداره کل آموزش و پرورش خراسان رضوی

فرم ارزیابی سلامت جسمی و روحی روانی متقاضیان استخدام آموزش و پرورش

از: اداره کل آموزش و پرورش خراسان رضوی

به: در مانگاه فرهنگیان شماره یک مشهد

بدینوسیله آقای/خانم نام پدر : شماره ملی:
و تلفن همراه: جهت انجام معاینات بدو استخدام در مشاغل آموزشی معرفی می گردد.
تذکر: همراه داشتن کارت ملی، شناسنامه عکسدار و ۲ قطعه عکس جدید الزامی است.

پرسشنامه اطلاعات بیماریهای مزمن جسمی و روحی روانی (توسط ذینفع تکمیل گردد)

- ۱- آیا تاکنون سابقه بستری در بیمارستان داشته اید؟ بلی خیر اگر داشته اید علت بستری
- ۲- آیا تاکنون عمل جراحی داشته اید؟ بلی خیر اگر داشته اید نوع عمل جراحی
- ۳- آیا تاکنون سابقه بیماری صرع (تنسج) داشته اید؟ بلی خیر
- ۴- آیا دچار بیماری مزمن تنفسی (مانند آسم، تنگی نفس، سابقه سل و....) می باشید؟ بلی خیر در صورت ابتلاء نوع بیماری.....
- ۵- آیا مبتلا به بیماری قلبی و عروقی می باشید؟ بلی خیر در صورت ابتلاء نوع بیماری.....
- ۶- آیا مبتلا به بیماری دیابت می باشید اید؟ بلی خیر
- ۷- آیا سابقه فشار خون داشته اید؟ بلی خیر
- ۸- آیا سابقه بیماری مزمن کبدی (مانند هپاتیت و.....) داشته اید؟ بلی خیر در صورت ابتلاء نوع بیماری
- ۹- آیا سابقه بیماری مزمن کلیه (مانند نارسایی کلیه و پیوند کلیه) داشته اید؟ بلی خیر در صورت ابتلاء نوع بیماری
- ۱۰- آیا دچار بیماری عضلانی (میاستنی گراو، پلی میوزیت و.....) داشته اید؟ بلی خیر در صورت ابتلاء نوع بیماری.....
- ۱۱- آیا دچار بیماریهای مغز و اعصاب (مانند سکنه مغزی و.....) می باشید؟ بلی خیر در صورت ابتلاء نوع بیماری.....
- ۱۲- آیا سابقه بیماریهای مزمن روحی و روانی (مانند افسردگی، اضطراب و وسواس و...) داشته اید؟ بلی خیر اگر داشته اید نوع و مدت بیماری.....
- ۱۳- آیا سابقه سردرد های مزمن (مانند میگرن و.....) داشته اید؟ بلی خیر
- ۱۴- آیا سابقه بیماریهای روماتیسمی مزمن را داشته اید (مانند آرتریت روماتوئید و لوپوس اریتماتو و....) را داشته اید؟ بلی خیر در صورت ابتلاء نوع بیماری
- ۱۵- آیا سابقه بیماریهای مزمن اسکلتی یا اکتسابی (مانند کوتاهی اندام، دررفتگی مادرزادی لگن، شکستگی ستون فقرات و....) را داشته اید؟ بلی خیر در صورت ابتلاء نوع بیماری.....
- ۱۶- آیا سابقه بیماری مزمن خونی (مانند هموفیلی، کم خونی ارثی و...) را داشته اید؟ بلی خیر در صورت ابتلاء نوع بیماری.....
- ۱۷- آیا سابقه مصرف داروی خاصی را دارید؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن نوع دارو یا داروهای مصرفی

تعهد نامه

اینجانب متعهد می شوم که پرسشنامه فوق را در کمال صداقت با دقت تکمیل نموده و تاکنون هیچگونه سابقه بیماری مزمن جسمی و روحی روانی و صرع نداشته ام و چنانچه در مراحل ارزیابی و پس از آن خلاف آن مشخص و ثابت شود که بیماری قبل از استخدام وجود داشته است بدون هیچگونه حقی مستعفی شناخته خواهم شد و هیچگونه اعتراضی نخواهم داشت.

اثر انگشت داوطلب

تاریخ و امضاء

فرم معاینات و آزمایش‌های تخصصی متقاضیان استخدام آموزش و پرورش

این فرم باید توسط پزشکان رشته‌های تخصصی مربوطه پس از انجام معاینات و آزمایش‌های لازم و تایید یا عدم تایید متقاضی در هر قسمت مهر و امضاء شود

۱- معاینه عمومی: از نامبرده معاینه به عمل آمد.

۱- لکنت: دارد ندارد ۲- توانایی ادای مخارج تمام حروف بطور کامل دارد ندارد

BP=.....PR.....RR.....WEIGHT.....Kg.....height.....cm

توضیحات:

مهر و امضاء پزشک

۲- متخصص ارتوپدی یا جراح عمومی: از نامبرده معاینات به عمل آمد.

بیماریهای عضلانی: دارد ندارد رفلکس‌ها: طبیعی غیر طبیعی
دفورمیتی اندام: دارد ندارد اتروفی و ضعف عضلانی: دارد ندارد
در صورت مثبت بودن هر یک از موارد فوق یا موارد دیگر نوع بیماری ذکر شود

مهر و امضاء پزشک

۳- متخصص قلب و عروق: از نامبرده معاینات به عمل آمد.

آریتمی قلب: دارد ندارد EKG طبیعی غیر طبیعی
بیماری عروق قلب: دارد ندارد
در صورت مثبت بودن هر یک از موارد فوق یا موارد دیگر نوع بیماری ذکر شود

مهر و امضاء پزشک

۴- متخصص داخلی: از نامبرده معاینات به عمل آمد.

دیابت: دارد ندارد فشارخون: دارد ندارد بیماریهای ریوی: دارد ندارد
بیماری کبدی: دارد ندارد بیماری کلیوی: دارد ندارد بیماری روماتیسمی: دارد ندارد
در صورت مثبت بودن هر یک از موارد فوق یا موارد دیگر نوع بیماری ذکر شود

مهر و امضاء پزشک

۵- متخصص روانشناس:

تست روانشناسی مورد تایید است: بلی خیر
توضیحات:

۶- متخصص اعصاب و روان: از نامبرده معاینات به عمل آمد.

معاینات دستگاههای عصبی و وضعیت روانی: طبیعی غیر طبیعی
در صورت مثبت بودن هر یک از موارد فوق یا موارد دیگر نوع بیماری ذکر شود

۷- بررسی عکس قفسه سینه

۸- نظریه پزشک معتمد آموزش و پرورش: مدارک پزشکی و آزمایشات نامبرده بررسی شود.

آزمایش اعتیاد: مثبت منفی شماره تاریخ
سایر آزمایش‌ها: طبیعی غیر طبیعی شماره تاریخ
بیماریهای آمیزشی: مثبت منفی شماره تاریخ
تست ppd: مثبت منفی شماره تاریخ

در صورت غیر طبیعی بودن هر یک از آزمایش‌ها دیگر نوع آن ذکر شود

مهر و امضاء پزشک

نتیجه نهایی پزشک معتمد آموزش و پرورش:

با توجه به آزمایشات و معاینات انجام شده آقای / خانم: ، صلاحیت و سلامت پزشکی نامبرده

جهت تصدی احراز گردید احراز نگردید

مهر و امضاء پزشک معتمد آموزش و پرورش