

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 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 هیچ‌کدام 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. سرفه ۴. تنگی نفس ۵. هیچ‌کدام

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 هپاتیت 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 این جانب خواهد شد.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

اثر انگشت و امضاء داوطلب: