



محل الصاق عکس  
( عکس و هویت  
متقاضی با شناسنامه  
تطبیق داده شود و  
سیس مهرور گردد)

## ستاد ف کل آجا

از : حوزه گزینش و استخدام .....

به : بیمارستان / مرکز درمانی.....

سلام علیکم

با احترام ، آقای .....فرزند.....به شماره ملی.....جهت انجام معاینات  
پزشکی اولیه داوطلبان استخدام دانشگاه های افسری آجا معرفی می گردد.

### رئیس حوزه گزینش و استخدام

از : بیمارستان / مرکز درمانی

به : مدیریت محترم گزینش و استخدام نزاچا ( مرکز معاینات پزشکی )

سلام علیکم

با احترام، گزارش معاینات انجام شده آقای ..... فرزند ..... به شماره  
ملی ..... واصل گزارش ادیومتری و کلیشه رادیولوژی قفسه سینه که در این مرکز انجام شده است جهت بهره  
برداری ارسال می گردد. (گزارش معاینات بدون اعلام نظر در مورد ردی یا قبولی جهت ارائه به مرکز معاینات پزشکی نزاچا در پاکت مهر  
شده تحویل داوطلب گردد)

رئیس بیمارستان / مرکز درمانی

مهر و امضا

پزشک معاین

مهر و امضاء

### تعهد نامه

اینجانب ..... فرزند ..... متولد ..... ش ش ..... که داوطلب استخدام در ارتش  
جمهوری اسلامی ایران هستم، متعهد می شوم که کلیه سئوالات درج شده در مورد سوابق پزشکی خود را به طور دقیق و در کمال صداقت  
پاسخ دهم و در صورتی که اثبات شود صحت مندرجات فوق با بررسی های تکمیلی پزشکی مغایرت دارد، ضمن پرداخت کلیه هزینه های انجام  
شده پاسخگوی عواقب آن باشم .

امضاء داوطلب اثر انگشت تاریخ

**بسمه تعالی**

**پرسشنامه سلامت داوطلب / داوطلب گرامی در صورت هر گونه کسالت در موارد ذیل ، لطفاً آن را مشخص فرمایید :**

عمومی	احساس خستگی : <input type="checkbox"/>	کاهش وزن : <input type="checkbox"/>	تب : <input type="checkbox"/>	لرز : <input type="checkbox"/>	تعریق : <input type="checkbox"/>	عدم تحمل گرما و سرما : <input type="checkbox"/>
دستگاه ادراری	سوزش ادرار : <input type="checkbox"/>	خون در ادرار : <input type="checkbox"/>	بی اختیاری ادراری : <input type="checkbox"/>	شب ادراری : <input type="checkbox"/>	تکرر ادرار : <input type="checkbox"/>	احساس ادرار زودرس : <input type="checkbox"/>
دهان و حلق	گرفتگی و تغییر صدا : <input type="checkbox"/>	آفت و زخم های مکرر دهانی : <input type="checkbox"/>	قرمزی : <input type="checkbox"/>	بوی بد دهان : <input type="checkbox"/>	خشکی دهان : <input type="checkbox"/>	عفونت دهان : <input type="checkbox"/>
قلب	درد سینه : <input type="checkbox"/>	تنگی نفس در حال استراحت : <input type="checkbox"/>	تنگی نفس در هنگام فعالیت : <input type="checkbox"/>	تورم اندامها : <input type="checkbox"/>	طپش قلب : <input type="checkbox"/>	سابقه ابتلا به فشار خون : <input type="checkbox"/>
گوش	کاهش شنوایی : <input type="checkbox"/>	ترشح چرکی : <input type="checkbox"/>	درد : <input type="checkbox"/>	اشک ریزش : <input type="checkbox"/>	سابقه پارگی پرده گوش : <input type="checkbox"/>	
عضلات و مفاصل	درد : <input type="checkbox"/>	خشکی صبحگاهی : <input type="checkbox"/>	ضعف : <input type="checkbox"/>	تورم : <input type="checkbox"/>	محدودیت حرکات : <input type="checkbox"/>	
چشم	خارش : <input type="checkbox"/>	ترشح چرکی : <input type="checkbox"/>	قرمزی : <input type="checkbox"/>	درد : <input type="checkbox"/>	اشک ریزش : <input type="checkbox"/>	
	دوبینی : <input type="checkbox"/>	کاهش دید : <input type="checkbox"/>	شب کوری : <input type="checkbox"/>	استفاده از عینک یا لنز : <input type="checkbox"/>		
بینی	ترشح چرکی : <input type="checkbox"/>	گرفتگی بینی : <input type="checkbox"/>	خونریزی مکرر : <input type="checkbox"/>	اختلال بویایی : <input type="checkbox"/>		
پستان	ترشح غیرطبیعی : <input type="checkbox"/>	درد : <input type="checkbox"/>	توده : <input type="checkbox"/>	عفونت : <input type="checkbox"/>		
دستگاه تناسل مردان:	زخم : <input type="checkbox"/>	خارش : <input type="checkbox"/>	درد بیضه : <input type="checkbox"/>	ترشح : <input type="checkbox"/>		
	ضایعات جلدی : <input type="checkbox"/>	خارش : <input type="checkbox"/>	خالهای تغییر شکل داده : <input type="checkbox"/>	تغییر رنگ پوست : <input type="checkbox"/>		
پوست	تعریق زیاد : <input type="checkbox"/>	نازک شدن و براقی پوست : <input type="checkbox"/>	آثار زخم های پوستی : <input type="checkbox"/>			
آلرژی	ضایعات پوستی : <input type="checkbox"/>	خارش : <input type="checkbox"/>	زخم : <input type="checkbox"/>			
سر و گردن	سابقه ضربه : <input type="checkbox"/>	سردرد : <input type="checkbox"/>	غدد لنفاوی قابل لمس : <input type="checkbox"/>			
تنفس	سرفه مزمن : <input type="checkbox"/>	خلط ( خونی و ... ) : <input type="checkbox"/>	تنگی تنفس فعالیتی : <input type="checkbox"/>			
عروق	درد لنگش یا فعالیت : <input type="checkbox"/>	زخم اندام ها : <input type="checkbox"/>	واریس اندامها : <input type="checkbox"/>			
سیستم عصبی:	حرکت غیرارادی : <input type="checkbox"/>	اختلال حرکتی اندام ها : <input type="checkbox"/>	تشنج : <input type="checkbox"/>	لرزش : <input type="checkbox"/>	گزگز اندامها : <input type="checkbox"/>	اختلال حسی اندام ها : <input type="checkbox"/>
اعصاب و روان	بیقراری : <input type="checkbox"/>	افسردگی : <input type="checkbox"/>	اختلال خواب : <input type="checkbox"/>	سابقه خودکشی : <input type="checkbox"/>	اضطراب : <input type="checkbox"/>	وسواس : <input type="checkbox"/>
	اشکال در بلع : <input type="checkbox"/>	سوء هاضمه : <input type="checkbox"/>	تهوع : <input type="checkbox"/>	استفراغ : <input type="checkbox"/>	سوزش سر دل : <input type="checkbox"/>	اسهال مزمن : <input type="checkbox"/>
گوارش	احساس سیری زودرس : <input type="checkbox"/>	احساس بری معده : <input type="checkbox"/>	یبوست مزمن : <input type="checkbox"/>	مدفوع قیر مانند : <input type="checkbox"/>	درد شکم : <input type="checkbox"/>	توده شکمی : <input type="checkbox"/>

<b>وجود سابقه عمل جراحی :</b>		
تاریخ بستری : .....	مدت بستری : .....	علت : .....
سابقه دریافت خون : .....	حجامت : .....	

<b>سابقه بیماریهای فامیلی :</b>						
بیماری قلبی زودرس ( افراد درجه 1 ) : <input type="checkbox"/>	صرع : <input type="checkbox"/>	آسم : <input type="checkbox"/>	بدخیمی : <input type="checkbox"/>	بیماریهای روانی : <input type="checkbox"/>	سایر بیماریها : <input type="checkbox"/>	

سابقه مصرف داروی طولانی مدت	نوع : .....	مدت : .....
-----------------------------	-------------	-------------

<b>وضعیت واکسیناسیون اولیه</b>					
کامل : <input type="checkbox"/>	ناقص : <input type="checkbox"/>	دریافت واکسن دوگانه در سال اول دبیرستان <input type="checkbox"/>	مننژیت : <input type="checkbox"/>	هیپاتیت B : <input type="checkbox"/>	سایر واکسن ها : <input type="checkbox"/>

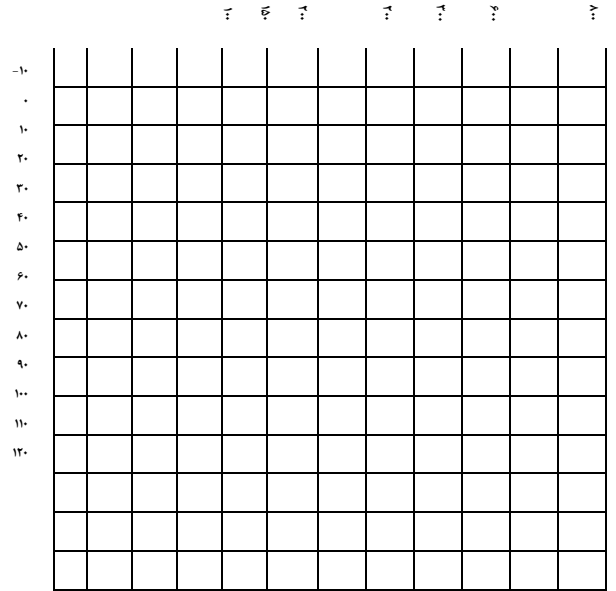
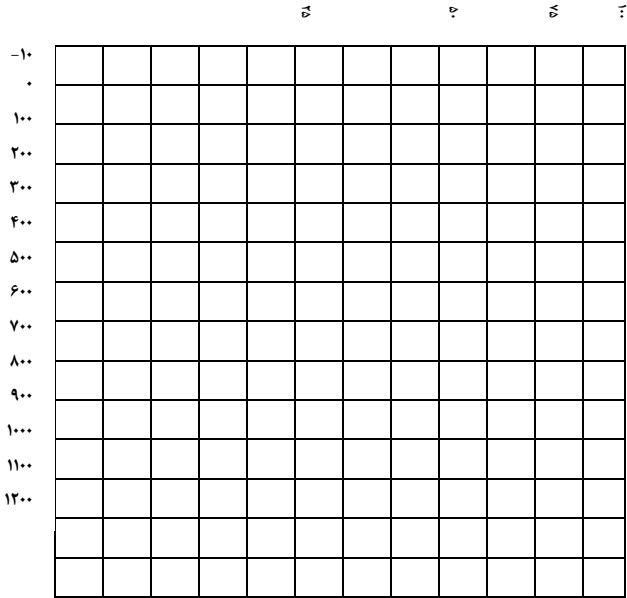
قد :	وزن :	BMI $\frac{\text{وزن}}{(\text{قد})^2}$ متر
------	-------	--

نام و نشان امضاء داوطلب :

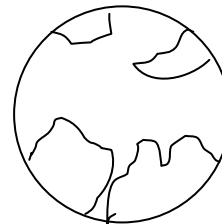
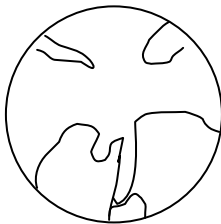
معاینات شنوائی سنجی

R.EAR

L.EAR



			WEBER			
	250	500	1000	2000	4000	
R						L



SRT.....dB PES(SRT+.....)= .....% SRT.....dB PES(SRT+.....)=.....