

نمون برگ شماره ۴-الف

خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

الف-۱) مشخصات عمومی داوطلب: لازم به ذکر است محتويات این پرسشنامه و معاینات کاملاً محترمانه می باشد

بند1. نام و نام خانوادگی:	13...../...../.....	کدلی:
بند3.جنسیت: ۱. مذکر <input type="checkbox"/> ۲. مومن <input type="checkbox"/>	بند2. متولد <input type="checkbox"/> ۱. مجرد <input type="checkbox"/> ۲. متاهل <input type="checkbox"/> ۳. سایر <input type="checkbox"/>	بند4. وضعیت تأهل: ۱. مجرد <input type="checkbox"/> ۲. متاهل <input type="checkbox"/> ۳. سایر <input type="checkbox"/>
بند5.نام پرdis / مرکز /سازمان :	بند6.نام آخرین دانشگاهی که تحصیل کرده اید :	بند7. رشته شغلی پذیرفته شده :
بند8.آدرس پست الکترونیک: (ایمیل)		
بند9. شماره تلفن ثابت و همراه:		
بند10.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-۲) سابقه پزشکی فرد(توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند 11. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟	
۱. اختلالات قلبی و عروقی <input type="checkbox"/> ۲. احساس خستگی مزمن <input type="checkbox"/> ۳. دردهای اسکلتی_ عضلانی <input type="checkbox"/> ۴. ناراحتی های گوارشی <input type="checkbox"/>	۵. فشار خون بالا <input type="checkbox"/> ۶. سر درد دوره ای <input type="checkbox"/> ۷. دیابت(بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۸. اختلال کارکرد تیروئید <input type="checkbox"/>
۹. کم خونی تایید شده <input type="checkbox"/> ۱۰. بالا بودن چربی خون <input type="checkbox"/> ۱۱. تشنج و صرع <input type="checkbox"/> ۱۲. آسم و سایر بیماری های مزمن تنفسی <input type="checkbox"/>	۱۳. کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> ۱۴. بیماری های صعب العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و...) <input type="checkbox"/> ذکر شود.....
۱۵. مشکلات دستگاه ادراری(عفونت، سنگ و...) <input type="checkbox"/> ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان <input type="checkbox"/> علت....	۱۷. مشکلات مادرزادی <input type="checkbox"/> ذکر شود.... ۱۸. معلولیت <input type="checkbox"/> نوع و علت.....
۱۹- سابقه بیماری های عفونی (سل، هپاتیت C, ایدز، تب مالت و...) <input type="checkbox"/> در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید.....	
۲۰ . سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم <input type="checkbox"/> ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل داردید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بند 12. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟
	۱. درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> ۲. سرگیجه <input type="checkbox"/> ۳. سرفه <input type="checkbox"/> ۴. تنگی نفس <input type="checkbox"/> ۵. هیچکدام <input type="checkbox"/>
۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام دارو ها ذکر شود....	بند 13. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟
۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام دارو ها ذکر شود....	بند 14. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟
۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام دارو ها ، علت و مدت استفاده ذکر شود....	



وزارت آموزش و پژوهش
معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع
مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و امور اداری

بند 15- آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ 1. خیر 2. بله

اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟

1. آنتی بیوتیک 2. مسکن های ساده 3. دیابت(بیماری قند) 4. داروهای آرام بخش 5. داروهای نیرو زا . 6. سایر
موارد ذکر شود.....

بند 16- آیاتاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هروین، حشیش و... و مواد محرك مثل شیشه، اکستازی) و.... داشته اید؟ خیر بله چه سالی و چه مدت ذکر کنید

بند 17- آیا تا کنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته اید؟ 1. خیر 2. بله
چه سالی و چه مدت آیا ادامه دارد؟ 1. خیر 2. بله

این سوال مخصوص خانم ها می باشد

بند 18- سابقه کدام مورد را داشته اید؟ اختلالات پریود موهای زاید صورت بلوغ زودرس بلوغ دیورس
سابقه یا جراحی بیماریهای رحمی کیست های تخمدانی توده یا ترشحات پستانی سایر موارد ذکر کنید.....

بند 19- گروه خونی و Rh شما چیست؟

الف-3) سابقه پزشکی خانواده (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند 20- کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟

1. فشار خون بالا 2. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال 3. دیابت(بیماری قند) 4. سرطان 5. مصرف دخانیات(سیگار، پیپ، قلیان) 6. بالابودن چربی های خون 7. چاقی 8. بیمارهای اعصاب و روان 9. بیماری های کلیوی
10. بیماری های روده ای (کولیت اولسرو، کرون)

الف-4) وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند 21. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟

1. خیر 2. بله 3. نمی دانم

بند 22. آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟

1. خیر 2. بله 3. نمی دانم

بند 23. آیا در دوره دبیرستان واکسن توم(دیفتتری، کزان) دریافت کرده اید؟

1. خیر 2. بله 3. نمی دانم

الف-5) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل میگردد

(این نمون برگ توسط داوطلب و در حضور بزشک معاین تکمیل و امضا و تحويل بزشک معاین میگردد تا در بروندہ بزشکی داوطلب نگهداری شود)

اینجانب..... شماره شناسنامه نام پسر
شماره داوطلبی در هشتمین آزمون استخدام مرکز
دستگاههای اجرای سال 1399 رشته‌های مورد نیاز آموزش و پرورش ، موارد قید شده 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 تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن
اینجانب خواهد شد .

نام و نام خانوادگی :

تاریخ:

ائز انگشت و امضاء داوطلب :