****

**وزارت آموزش و پرورش**

**معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع**

**بسمه تعالی**

**سال جهش تولید**

**شماره:**

**تاریخ:**

**پیوست:**

**نمون برگ شماره (4-الف)**

الف) خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

الف-1)مشخصات عمومی داوطلب: لازم به ذکر است محتویات این پرسشنامه و معاینات کاملاً محرمانه می باشد.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **بند1-نام و نام خانوادگی** | **بند2-متولد ......./......../ ..........13** | **کدملی** |
| **بند3-جنسیت:1-مذکر🞎2-مونث🞎** | **بند4-وضعیت تاهل:1-مجرد 🞎 2-متاهل🞎 3-سایر🞎** | |
| **بند5-نام پردیس/ مرکز/سازمان:** | **بند6-نام اخرین مدرسه ای که تحصیل کرده اید:** | |
| **بند7: گروه آزمایشی معرفی شده:** | | |
| **بند8-آدرس پست الکترونیک (ایمیل):** | | |
| **بند9: شماره تلفن ثابت و همراه:** | | |
| **بند 10-خدمت سربازی 1-رفته ام🞎 2-نرفته ام🞎 3-دارای معافیت هستم🞎 علت معافیت ذکر شود.** | | |

الف-2)سابقه پزشکی فرد (توسط داوطلب تکمیل گردد)

|  |
| --- |
| **بند11-کدامیکی از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟**  **1-اختلالات قلبی و عروقی🞎 2-احساس خستگی مزمن🞎 3-دردهای اسکلتی - عضلانی🞎**  **4-ناراحتی های گوارشی🞎 5-فشار خون بالا🞎 6-سردرد دوره ای 🞎 7-دیابت (قندخون) 🞎**  **8-اختلال کارکرد تیروئید 🞎 9-کم خونی تایید شده🞎 10-بالابودن چربی خون 🞎 11-تشنج و صرع 🞎**  **12-آسم و سایر بیماری های مزمن تنفسی 🞎 13-کاهش شنوایی🞎 14-بیماری های صعب العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و ...) 🞎 ذکر شود ............................................ 15-مشکلات دستگاه ادراری (عفونت و سنگ و ....) 🞎**  **16-سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان 🞎 علت .......................................**  **17-مشکلات مادرزادی 🞎 ذکر شود ................................. 18-معلولیت 🞎 نوع و علت ..............................**  **19-سابقه بیماری­های عفونی (سل، هپاتیت B و C، ایدز،تب مالت و ....) 🞎 در صورت ابتلاء هرکدام ذکر کنید...........**  **20-سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم 🞎 21-آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید بله 🞎 خیر🞎** |
| **بند12-هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟**  **1-درد قفسه سینه 🞎 2-سرگیجه 🞎 3-سرفه 🞎 4-تنگی نفس🞎 5-هیچکدام 🞎** |
| **بند 13-آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟**  **1-خیر 🞎 2-بلی 🞎 نام داروها ذکر شود...........** |
| **بند14-آیا سابقه حساسیت به دارو یاغذای خاصی دارید؟**  **1-خیر 🞎 2-بلی 🞎 نام داروها ذکر شود...........** |

****

**وزارت آموزش و پرورش**

**معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع**

**بسمه تعالی**

**سال جهش تولید**

**شماره:**

**تاریخ:**

**پیوست:**

|  |
| --- |
| **بند15-آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ 1-خیر🞎 2-بلی🞎**  **اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟**  **1-آنتی بیوتیک 🞎 2-مسکن های ساده🞎 3-دیابت (بیماری قند) 🞎 4-داروهای آرامبخش🞎**  **5-داروهای نیروزا 🞎 6-سایر موارد 🞎 ذکر شود........................** |
| **بند16-آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک،هرویین، حشیش و ... و مواد محرک مثل شیشه، اکستازی) و ... داشته اید؟**  **خیر🞎 بله🞎 چه سالی ............. و چه مدت .................... ؟ ذکر کنید.** |
| **بند17-آیا تاکنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته اید؟ 1-خیر 🞎 2-بلی🞎**  **چه سالی ................. و چه مدت ............... آیا ادامه دارد؟ 1-خیر🞎 2-بلی🞎** |
| **بند 18-گروه خونی و RH شما چیست؟** |

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

|  |
| --- |
| **بند19-کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟**  **1-فشارخون 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-بیماری های اعصاب و روان🞎 8-بیماری های کلیوی 🞎**  **9-بیماری های روده ای(کولیت اولسرو، کرون) 🞎** |

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

|  |
| --- |
| **بند20-آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟**  **1-خیر🞎 2-بلی 🞎 3-نمی دانم🞎** |
| **بند21-آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟**  **1-خیر🞎 2-بلی 🞎 3-نمی دانم🞎** |
| **بند22-آیا در دوران دبیرستان واکسن توام (دیفتری، کزاز) دریافت کرده اید؟**  **1-خیر🞎 2-بلی 🞎 3-نمی دانم🞎** |

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

**(این نمون برگ توسط داوطلب و در حضور پزشک معاین تکمیل و امضاء و تحویل پزشک معاین می گردد تا در پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود)**

تاریخ تکمیل ......................................... امضاء واثر انگشت داوطلب