

شماره ۷۱۰/۲۴
تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۳۰
پیوست

بسته‌بندی



تولید، دانش‌میان، اشتغال آفرین

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

یک قطعه عکس

۳×۴

در این محل بچسبانید

نمون برگ شماره (۱)

گواهی می شود:

۱- اصل شناسنامه و کارت ملی آقای / خانم فرزند با کد ملی به شماره داوطلبی مشاهده و مورد تطبیق قرار گرفت.

۲- تاریخ تولد ایشان روز ماه سال بوده و حائز شرط سنی تعیین شده یعنی حداکثر ۲۴ سال تمام (متولدین ۱۳۷۷/۷/۱ به بعد) در شرایط و ضوابط مندرج دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی داوطلبان دانشگاه فرهنگیان و تربیت دبیر شهید رجایی در سال ۱۴۰۰:

الف - می باشد ☐ ب - نمی باشد ☐

۳- اصل دیپلم و یا گواهی تأییدیه تحصیلی ایشان مورد بررسی قرار گرفت. معدل کل ایشان به این ترتیب ایشان از حداقل معدل لازم برای تحصیل در دانشگاه فرهنگیان و دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی برخوردار:

الف - می باشد ☐ ب - نمی باشد ☐
باتوجه به شرایط و ضوابط اعلام شده، داوطلب حائز شرایط بومی استان می باشد ☐ نمی باشد ☐

۵- به دلیل عدم احراز شرط سن ☐ معدل ☐ حائز شرایط لازم برای انجام معاینه پزشکی نمی باشد.

۶- داوطلب نمون برگ مشخصات فردی مربوط به گزینش را قبلاً از طریق پست پیشتاز تکمیل و ارسال نموده است. بلی ☐ خیر ☐

۷- طبق مدارک و مستندات ارائه شده برای بخشنامه شماره ۷۱۰/۳۴ مورخ ۱۳۹۲/۷/۲۹ از امتیازنخبگان برخوردار می باشد ☐ نمی باشد ☐

۸- داوطلب نمون برگ شماره (۱) اعلام آمادگی برای انجام مصاحبه اختصاصی را تکمیل و تحویل نموده است. بلی ☐ خیر ☐

توجه: ضبط و نگهداری تصویر (شناسنامه، کارت ملی و اصل دیپلم) و یا گواهی تأیید شده که برابر اصل شده و نمون برگ های دستورالعمل در سوابق

پرونده مصاحبه داوطلب الزامی است.

مسئول پذیرش:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضا:

نمون برگ شماره [۳]

نمون برگ اعلام آمادگی برای انجام معاینات پزشکی

الف: اطلاعات مربوط به وضعیت جسمانی داوطلب بر اساس اظهارات خویش:

| | | | | | | | |
|---|-------------------------|------|-------|----|-------------------------------------|------|-------|
| ۱ | دیابت | دارم | ندارم | ۹ | لوسیمی (سرطان) | دارم | ندارم |
| ۲ | سیروز کبدی | دارم | ندارم | ۱۰ | کم خونی شدید مقاوم به درمان | دارم | ندارم |
| ۳ | آسم | دارم | ندارم | ۱۱ | تالاسمی مازور | دارم | ندارم |
| ۴ | نارسایی کلیه | دارم | ندارم | ۱۲ | صرع | دارم | ندارم |
| ۵ | بیماری های پیشرفته قلبی | دارم | ندارم | ۱۳ | افسردگی | دارم | ندارم |
| ۶ | اسکروز آن پلاک | دارم | ندارم | ۱۴ | اضطراب | دارم | ندارم |
| ۷ | پارکینسون | دارم | ندارم | ۱۵ | اعتیاد به مواد مخدر، دخانیات و الکل | دارم | ندارم |
| ۸ | جذام | دارم | ندارم | | | | |

اینجانب شماره شناسنامه نام پدر شماره داوطلبی در آزمون سراسری سال ۱۴۰۱ رشته های مورد نیاز آموزش و پرورش موارد قید شده در نمون برگ های مربوط به ویژگی های جسمانی و معاینات پزشکی را صادقانه و با دقت تکمیل کرده و صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم و به این موضوع آگاهی کامل دارم که درج هر گونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ای از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد. و از کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده از سوی آموزش و پرورش در دفترچه آزمون و اطلاعیه مربوط و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی ویژگی های جسمانی اعلام خواهد شد؛ آگاهی کامل داشته و متعهد و متلزم می شوم که مطابق ضوابط آموزش و پرورش عمل نمایم.

تاریخ تکمیل امضاء و اثر انگشت داوطلب

نمون برگ شماره (۴)

الف- خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

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

| | |
|---|--|
| بند ۱. نام و نام خانوادگی: | بند ۲. متولد:/...../۱۳..... کد ملی: |
| بند ۳. جنسیت: ۱. مذکر <input type="checkbox"/> ۲. مونث <input type="checkbox"/> | بند ۴. وضعیت تاهل: ۱. مجرد <input type="checkbox"/> ۲. متاهل <input type="checkbox"/> ۳. سایر <input type="checkbox"/> |
| بند ۵. نام پردیس / مرکز / سازمان: | بند ۶. نام آخرین مدرسه ای که تحصیل کرده اید: |
| بند ۷. گروه آزمایشی معرفی شده: | |
| بند ۸. آدرس پست الکترونیک: (ایمیل) | |
| بند ۹. شماره تلفن ثابت و همراه: | |
| بند ۱۰. 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-۳) سابقه پزشکی فرد (توسط داوطلب تکمیل گردد)

| |
|--|
| <p>بند ۱۱. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟</p> <p>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"/></p> <p>۵. فشار خون بالا <input type="checkbox"/> ۶. سر درد دوره ای <input type="checkbox"/> ۷. د یابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۸. اختلال کارکرد تیروئید <input type="checkbox"/></p> <p>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"/></p> <p>۱۳. کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> ۱۴. بیماری های صعب العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و...) <input type="checkbox"/> ذکر شود.....</p> <p>۱۵. مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و...) <input type="checkbox"/> ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان <input type="checkbox"/> علت....</p> <p>۱۷. مشکلات مادرزادی <input type="checkbox"/> ذکر شود..... ۱۸. معلولیت <input type="checkbox"/> نوع و علت.....</p> <p>۱۹- سابقه بیماریهای عفونی (سل، هپاتیت B، C، ایدز، تب مالت و...) <input type="checkbox"/> در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید.....</p> <p>هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم <input type="checkbox"/> ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |
| <p>بند ۱۲. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟</p> <p>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"/></p> |
| <p>بند ۱۳. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟</p> <p>۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام دارو ها ذکر شود.....</p> |
| <p>بند ۱۴. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟</p> <p>۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام دارو ها ، علت و مدت استفاده ذکر شود.....</p> |

| |
|---|
| بند ۱۵. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟ ۱. آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/> ۲. مسکن های ساده <input type="checkbox"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۴. داروهای آرامبخش <input type="checkbox"/> ۵. داروهای نیروزا <input type="checkbox"/> ۶. سایر موارد <input type="checkbox"/> ذکر شود..... |
| بند ۱۶- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هرویین، حشیش و.... و مواد محرک مثل شیشه، اکستازی) و.... داشته اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> چه سالی و چه مدت؟ ذکر کنید |
| بند ۱۷- آیا تا کنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته اید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> چه سالی..... و چه مدت..... آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> |
| بند ۱۸- گروه خونی و RH شما چیست؟..... |

الف- ۴) سابقه پزشکی خانواده (توسط داوطلب تکمیل گردد)

| |
|--|
| بند ۱۹- کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟ ۱. فشار خون بالا <input type="checkbox"/> ۲. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال <input type="checkbox"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۴. سرطان <input type="checkbox"/> ۵. مصرف دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان) <input type="checkbox"/> ۶. بالا بودن چربی های خون <input type="checkbox"/> ۷. بیماری های اعصاب و روان <input type="checkbox"/> ۸. بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/> ۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسرو، کرون) <input type="checkbox"/> |
|--|

الف- ۵) وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد)

| |
|---|
| بند ۲۰. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/> |
| بند ۲۱. آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/> |
| بند ۲۲. آیا در دوره دبیرستان واکسن توام (دیفتری، کزاز) دریافت کرده اید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/> |

الف- ۶) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل می گردد

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

شماره ۷۱۰/۲۴
تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۳۰
پمست

پرستاری



تولید، دانش میان، اشتغال آفرین

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره (۵)

ب) - معاینات جسمی: (توسط پزشک)

ب-۱) قد، وزن، فشار خون، BMI

| | |
|---|---------------------------------------|
| بند-۲۳. قد (به سانتیمتر) | بند-۴۳. وزن به کیلوگرم..... BMI |
| بند -۲۴. فشار خون ۱- سیستول:..... ۲- دیا ستول:..... فشار خون بالا (۹۰/۱۴۰ و بالاتر) ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> | |

ب-۲) - اندازه گیری قدرت بینایی :

| |
|---|
| بند-۲۵. وضعیت بینایی چشم راست: (بدون عینک) ۱- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- ۹/۱۰ <input type="checkbox"/> ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/> |
| بند-۲۶. وضعیت بینایی چشم چپ: (بدون عینک) ۱- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- ۹/۱۰ <input type="checkbox"/> ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/> |
| بند-۲۷. با توجه به وضعیت بینایی مراجعه دانشجو به چشم پزشک توصیه می شود؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/> |
| بند-۲۸. آیا هر دو چشم سالم است ؟ اگر نه نام بیماری:..... |
| بند-۲۹. اگر از عینک استفاده می کنید؟ شماره چشم چپ راست آستیگماتیسم: راست چپ |

ب-۳) - معاینه لثه و دندان ها:

| |
|---|
| بند-۳۰. وضعیت بهداشت دندان ها کدام گزینه است؟ ۱. بد <input type="checkbox"/> ۲. متوسط <input type="checkbox"/> ۳. خوب <input type="checkbox"/> |
| بند-۳۱. وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است؟ ۱. بیماری لثه (پیوره) <input type="checkbox"/> ۲. التهاب لثه <input type="checkbox"/> ۳. طبیعی <input type="checkbox"/> |
| بند-۳۲. با توجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه دانشجو به دندانپزشک توصیه می شود؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> |

ب-۴) معاینات بدنی و بررسی های بالینی :

بند ۳۳- بررسی های بالینی

(همکار گرامی لطفاً پیش از معاینه، مروری بر شرح حال باربارا بیتزولیست بیماری های ممنوع الاستخدام داشته باشید)

| |
|---|
| ۱. پوست و مو: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود..... |
| ۲. سر، صورت و گردن: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود..... |
| ۳. چشم و پلکها: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود..... |
| ۴. دهان، گوش، حلق و بینی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود..... |
| ۵. بیماریهای عفونی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود..... |
| ۶. خون و غدد لنفاوی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود..... |
| ۷. قفسه سینه و پستان: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود..... |
| ۸. قلب و عروق طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود..... |
| ۹. ریه و تنفس: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود..... |
| ۱۰. سیستم گوارشی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود..... |
| ۱۱. سیستم کلیه ها و مجاری ادراری- تناسلی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود..... |
| ۱۲. مغز و اعصاب: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود..... |
| ۱۳. اعصاب و روان: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود..... |
| ۱۴. اندام فوقانی و تحتانی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود..... |
| ۱۵. بیماری های روماتولوژی، استخوان، مفاصل و عضلات: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود..... |
| ۱۶. غدد و هورمون ها: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود..... |
| ۱۷. معاینات زنان: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود..... |



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

پرستاشی

تولید، دانش میانه، اشتغال آفرین

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

ب-۵: نتیجه نهایی معاینات پزشکی

بند ۳۴- اظهار نظر نهایی پزشک معاین

| ردیف | شرح موارد بررسی | نتیجه | ردیف | شرح موارد بررسی | نتیجه |
|------|---|-------|------|--------------------------------|-----------|
| ۱ | انحراف چشم | دارد | ۱۲ | اشکال در راه رفتن | دارد |
| ۲ | دید دو چشم با استفاده از عینک $\frac{16}{10}$ | دارد | ۱۳ | لرزش در اندام ها | دارد |
| ۳ | دید چشم راست با استفاده از عینک $\frac{10}{10}$ | دارد | ۱۴ | جاقی یا لاغری مفرط | دارد |
| ۴ | دید چشم چپ با استفاده از عینک $\frac{10}{10}$ | دارد | ۱۵ | تیک عصبی | دارد |
| ۵ | سمعک | دارد | ۱۶ | ناموزونی در حرکات بدن | دارد |
| ۶ | حداقل ۴۰ دسی بل شنوایی در گوش راست | دارد | ۱۷ | لکنت زبان | دارد |
| ۷ | حداقل ۴۰ دسی بل شنوایی در گوش چپ | دارد | ۱۸ | اشکال در ادای کلمات و حروف | دارد |
| ۸ | عفونت گوش | دارد | ۱۹ | نقص عضو یا ایراد آشکار جسمی | دارد |
| ۹ | سوختگی در صورت | دارد | ۲۰ | تناسب اندام | دارد |
| ۱۰ | ماه گرفتگی در صورت | دارد | ۲۱ | وزن (تناسب وزن با حداقل قد) | کیلوگرم |
| ۱۱ | ریزش کامل مو در صورت و سر | دارد | ۲۲ | قد (بر اساس مصوبه ستاد استانی) | سانتی متر |

شماره ۷۱۰/۲۴
تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۳۰
پیوست

بسته‌ای

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

تولید، دانش‌میان، اشتغال آفرین

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره (۶)

عکس دانشجو

ممه‌ور به مهر پزشک
معاین

نمون برگ ارجاع به پزشک متخصص

همکار محترم پزشک متخصص / فوق تخصص جناب آقای / سرکار خانم دکتر.....

بدین وسیله صاحب عکس ممهور آقای / خانمفرزند.....به شماره
ملی.....جهت بررسی و معاینه و اظهار نظر در خصوص موضوع ذیل معرفی می گردد، لطفاً نتایج بررسی و اظهار نظر
به صورت محرمانه گزارش گردد:

تاریخ، امضاء و مهر پزشک معتمد آموزش و پرورش:

همکار محترم جناب آقای / سرکار خانم دکتر.....

بدینوسیله آقای / خانمصاحب عکس ممهور فوق الذکر مورد بررسی و معاینه کامل قرار گرفت و نتایج به شرح ذیل
اعلام می گردد:

تاریخ، امضا و مهر پزشک متخصص:

***مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص مفاد اعلام نظر،
با پزشک تایید کننده این فرم می باشد.

شماره ۷۱۰/۲۴
تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۳۰
پیوست

پرستاری



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

تولید، دانش‌میان، اشتغال آفرین

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

عکس دانشجو

ممه‌ور به مهر پزشک
معاین

نمون برگ شماره (۷)

اظهار نظر پزشک در پایان مرحله اول معاینات

آقا / خانم

کد ملی استان مرکز مجری مصاحبه

۱. از نظر جسمی و روانی توانایی تحصیل و کار معلمی را دارد. ☐

۲. از نظر جسمی و روانی توانایی کار معلمی را به دلایل ذیل : ☐

ندارد

تاریخ، امضاء و مهر

پزشک متعهد آموزش و پرورش

***مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص عدم رعایت ضوابط و مفاد لیست بیماری‌هایی که ممنوعیت استخدام در آموزش و پرورش را دارند، برعهده پزشک تایید کننده این فرم می باشد.

تذکره (۱) : صدورنمون برگ شماره ۴-ج (نمون برگ ارجاع به پزشک متخصص) در این مرحله برای همه داوطلبان ضرورت ندارد و صرفاً برای افرادی ارائه شود که نظر پزشک متخصص برای اظهار نظر نهایی ضرورت داشته باشد.

تذکره (۲) : تشکیل پرونده و اخذ تعهد محضری و صدور حکم استخدام رسمی - آزمایشی مشروط به سالم بودن در آزمایشات بدو استخدام می باشد.