



تولید دانش‌یمنان، اشتغال آفرین

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

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 ☐ ۲. مؤنث ☐	بند ۴. وضعیت تاهل: ۱. مجرد ☐ ۲. متاهل ☐ ۳. سایر ☐	
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 ☐ ۲. نرفته ام ☐ ۳. دارای معافیت هستم ☐ علت معافیت ذکر شود		

الف-۳) سابقه پزشکی فرد (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۱۱. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟
۱. اختلالات قلبی و عروقی ☐ ۲. احساس خستگی مزمن ☐ ۳. دردهای اسکلتی-عضلانی ☐ ۴. ناراحتی های گوارشی ☐
۵. فشار خون بالا ☐ ۶. سردرد دوره ای ☐ ۷. یبوست (بیماری قند) ☐ ۸. اختلال کارکرد تیروئید ☐
۹. کم خونی تایید شده ☐ ۱۰. بالا بودن چربی خون ☐ ۱۱. تشنج و صرع ☐ ۱۲. آسم و سایر بیماری های مزمن تنفسی ☐
۱۳. کاهش شنوایی ☐ ۱۴. بیماری های صعب العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و...) ☐ ذکر شود.....
۱۵. مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و...) ☐ ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان ☐ علت.....
۱۷. مشکلات مادرزادی ☐ ذکر شود..... ۱۸. معلولیت ☐ نوع و علت.....
۱۹. سابقه بیماری های عفونی (سل، هپاتیت B، ایدز، تب مالت و...) ☐ در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید.....
هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم ☐ ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ بله ☐ خیر ☐
بند ۱۲. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟
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 دارو ها ذکر شود.....
بند ۱۴. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟
۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ نام دارو ها، علت و مدت استفاده ذکر شود.....





تولید دانش میان، اشتغال آفرین

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

بند ۱۵. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟ ۱. آنتی بیوتیک ☐ ۲. مسکن های ساده ☐ ۳. دیابت (بیماری قند) ☐ ۴. داروهای آرامبخش ☐ ۵. داروهای تیروئید ☐ ۶. سایر موارد ☐ ذکر شود.....
بند ۱۶- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هروئین، حشیش و.... و مواد محرک مثل شیشه، اکستازی) و.... داشته اید؟ خیر ☐ بلی ☐ 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 ☐ ۲. بلی ☐ چه سالی..... و چه مدت..... آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐
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 ☐ ۲. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال ☐ ۳. دیابت (بیماری قند) ☐ ۴. سرطان ☐ ۵. مصرف دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان) ☐ ۶. بالا بودن چربی های خون ☐ ۷. بیماری های اعصاب و روان ☐ ۸. بیماری های کلیوی ☐ ۱۰. بیماری های روده ای (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. نمی دانم ☐
بند ۲۱. آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی دانم ☐
بند ۲۲. آیا در دوره دبیرستان واکسن توام (دیفتری، کزاز) دریافت کرده اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی دانم ☐

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 میگردد تا در پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود)
تاریخ تکمیل امضا. و اثر انگشت داوطلب

