



محرمانه

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

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 دانشگاهی که تحصیل کرده اید:	
بند ۷. رشته شغلی پذیرفته 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- (۲) سابقه پزشکی فرد (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۱۱. 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 بیماریهای عفونی (سل، هپاتیت B، 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 دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بند ۱۲. 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"/>
بند ۱۳. 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 ۱۴. 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 پرورش**  
**معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع**  
**مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و امور اداری**

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 آرام بخش <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"/>
این سوال مخصوص خانم ها می باشد بند ۱۸- سابقه کدام مورد را داشته اید؟ اختلالات پر یود <input type="checkbox"/> موهای زاید صورت <input type="checkbox"/> بلوغ زودرس <input type="checkbox"/> بلوغ دیررس <input type="checkbox"/> سابقه یا جراحی بیماریهای رحمی <input type="checkbox"/> کیست های تخمدانی <input type="checkbox"/> توده یا ترشحات پستانی <input type="checkbox"/> سایر موارد ذکر کنید.....
بند ۱۹- گروه خونی و Rh شما چیست؟.....

**الف- ۳) سابقه پزشکی خانواده (توسط داوطلب تکمیل گردد)**

بند ۲۰- 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. چاقی <input type="checkbox"/> ۸. بیماریهای اعصاب و روان <input type="checkbox"/> ۹. بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/> ۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسرو، کرون) <input type="checkbox"/>
---

**الف- ۴) وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد)**

بند ۲۱. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/>
بند ۲۲. 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 ۲۳. 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"/>





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

الف-۵) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل میگردد

(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)

\*\*اینجانب.....شماره شناسنامه.....نام پدر.....  
.....شماره داوطلبی.....در هشتمین آزمون استخدام متمرکز  
دستگاه های اجرای سال ۱۳۹۹ رشته های مورد نیاز آموزش و پرورش ، موارد قید شده 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  
هرگونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ای از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن  
اینجانب خواهد شد .

نام و نام خانوادگی :

تاریخ:

اثر انگشت و امضاء داوطلب :

