

تولید دانش میان، 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 <input type="checkbox"/> ۲. مؤنث <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)

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. یبوست (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 ای، 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 B، ایدز، تب مالت و...) <input type="checkbox"/> در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید.....	
هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم <input type="checkbox"/> ۲۰. سابقه	
۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ <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. سرخه <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.....	



