



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

برنامه

شماره ۷۱۰/۲۴
تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۳۰
پوست

تولید دانش میان، اشغال آفرین

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

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.... 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 پپ 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، پپ، 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



