



وزارت آموزش و پرورش

مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و فناوری اطلاعات

نمون برگ شماره ۳-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		
بند ۱۱. آدرس:		

الف - (۲) سوابق مواجهه با عوامل زیان آور محیطی (توسط داوطلب تکمیل گردد):

بند ۱۲. آیا تاکنون با موارد زیر سروکار داشته اید؟	
الف. سر و صدای بیش از حد مجاز <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	ب. اشعه خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
ج. ارتعاشات مجاز <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	د. مواد شیمیایی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
ه. مواد بیولوژیکی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
بند ۱۳. اگر تاکنون شغلی داشته اید ؟	
لطفا نام شغل و وظیفه شما در آن شغل را ذکر نمایید	



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

<p>بند ۱۴. 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. 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 بیماری های عفونی (سل، هپاتیت C, B، ایدز، تب مالت و...) <input type="checkbox"/> در صورت ابتلاء هرکدام ذکر کنید.....</p> <p>۲۰. سابقه 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 ۱۵. 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 ۱۶. 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 ۱۷. 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>
<p>بند ۱۸. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/></p> <p>اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟</p> <p>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 <input type="checkbox"/></p> <p>موارد <input type="checkbox"/> ذکر شود.....</p>
<p>بند ۱۹- 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</p>
<p>بند ۲۰- آیا تا کنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته اید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/></p> <p>چه سالی..... و چه مدت..... آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/></p>
<p>این سوال مخصوص خانم ها می باشد</p> <p>بند ۲۱- 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"/></p> <p><input type="checkbox"/> سابقه یا جراحی بیماری های رحمی <input type="checkbox"/> ناباروری <input type="checkbox"/> کیست های تخمدانی <input type="checkbox"/> توده یا ترشحات پستانی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/></p> <p>موارد ذکر کنید.....</p>
<p>بند ۲۲- Rh و گروه خونی شما چیست؟.....</p>



وزارت آموزش و پرورش

مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و فناوری اطلاعات

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

بند ۲۳- 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، پپ، قلیان) ☐ ۶. بالا بودن چربی های خون ☐ ۷. چاقی ☐ ۸. بیماریهای اعصاب و روان ☐ ۹. بیماری های کلیوی ☐ ۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسرو، کرون) ☐

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

بند ۲۴. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟
۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/>
بند ۲۵. 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 ۲۶. 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 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 آزمون.....سال.....

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 ایی از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد .

نام و نام خانوادگی :

تاریخ:

اثر انگشت و امضاء داوطلب :

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.