

شماره

تاریخ

پست

سرطان



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

سال جشن تولد

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

عکس دانشجو

مهرور به مهر پزشکی
معاين

نمون برگ شماره (۷)

اطهار نظر پزشک در پایان مرحله اول معاینات

آقا / خانم

کد ملی استان مرکز مجری مصاحبه

۱. از نظر جسمی و روانی توانایی تحصیل و کار معلمی را دارد. ☐

۲. از نظر جسمی و روانی توانایی کار معلمی را به دلایل ذیل: ☐

ندارد

تاریخ، امضاء و مهر

پزشک متعهد آموزش و پرورش

«مستولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص عدم رعایت ضوابط و عقاید لیست بسیاری هایی که ممنوعیت استخدام در آموزش و پرورش را دارند، برعهده پزشک تایید کننده این فرم می باشد.

تذکره (۱): صدور نمون برگ شماره ۴-ج (نمون برگ ارجاع به پزشک متخصص) در این مرحله برای همه داوطلبان ضرورت ندارد و صرفاً برای افرادی ارائه شود که نظر پزشک متخصص برای اظهار نظر نهایی ضرورت داشته باشد.

تذکره (۲): تشکیل پرونده و اخذ تئید محضری و صدور حکم استخدام رسمی - آزمایشی مشروط به سالم بودن در آزمایشات بدو استخدام می باشد.

الف: اطلاعات مربوط به وضعیت جسمانی داوطلب بر اساس اظهارات خویش:

۱	دبابت	دارم	ندارم	۹	لوسیمی (سرطان)	دارم	ندارم
۲	سروز کبدی	دارم	ندارم	۱۰	کم خونی شدید مقاوم به درمان	دارم	ندارم
۳	آسم	دارم	ندارم	۱۱	تالاسمی مایوز	دارم	ندارم
۴	نارسایی کلیه	دارم	ندارم	۱۲	صرع	دارم	ندارم
۵	بیماری های پیشرفته قلبی	دارم	ندارم	۱۳	افسردگی	دارم	ندارم
۶	اسکروز آن پلاک	دارم	ندارم	۱۴	اضطراب	دارم	ندارم
۷	پارکینسون	دارم	ندارم	۱۵	اعتیاد به مواد مخدر، روانیات و الکل	دارم	ندارم
۸	جذام	دارم	ندارم				

اینجانب شماره شناسنامه نام پدر شماره داوطلبی در آزمون سراسری سال ۱۴۰۲ رشته های مورد نیاز آموزش و پرورش موارد قید شده در نمون برگ های مربوط به ویژگی های جسمانی و معاینات پزشکی 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 هر گونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ای از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد. و از کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده از سوی آموزش و پرورش در دفترچه آزمون و اطلاعیه مربوط و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی ویژگی های جسمانی اعلام خواهد شد؛ آگاهی کامل داشته و متعهد و ملتزم می شوم که مطابق ضوابط آموزش و پرورش عمل نمایم.

تاریخ تکمیل امضاء و اثر انگشت داوطلب

الف- خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

(این نمونه برگ توسط داوطلب و در حضور پزشک معاین تکمیل و امضا و تحویل پزشک معاین میگردد تا در پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود)

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

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

بند ۱۴. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟
۱. اختلالات قلبی و عروقی ☐ ۲. احساس خستگی مزمن ☐ ۳. دردهای اسکلتی-عضلاتی ☐ ۴. ناراحتی های گوارشی ☐
۵. فشار خون بالا ☐ ۶. سر درد دوره ای ☐ ۷. یابت (بیماری قند) ☐ ۸. اختلال کارکرد تیروئید ☐
۹. کم خونی تأیید 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، ای 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، C، ایدز، تب مالت و...) ☐ در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید
۲۰. سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم ☐ ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ بله ☐ خیر ☐
بند ۱۵. 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 ۱۶. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟
۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ نام داروها ذکر شود
بند ۱۷. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟
۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ نام داروها، علت و مدت استفاده ذکر شود
بند ۱۸. 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 نیروزا ☐ ۶. سایر موارد ☐ ذکر شود

بند ۱۹- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر و... داشته اید؟ خیر ☐ بلی ☐

چه سالی..... و چه مدت.....؟ ذکر کنید.....

بند ۲۰- آیا تا کنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته اید؟ خیر ☐ بلی ☐

چه سالی..... و چه مدت..... آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐

این سوال مخصوص خانم‌ها می باشد

بند ۲۱- سابقه کدام مورد را داشته اید؟ اختلالات هورمونی ☐ بلوغ زودرس ☐ بلوغ دیررس ☐ سابقه یا جراحی بیماریهای رحمی ☐

ناباروری ☐ کیست‌های تخمدانی ☐ توده یا ترشحات پستانی ☐ سایر موارد ذکر کنید.....

بند ۲۲- Rh و گروه خونی شما چیست؟.....

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، پیپ، قلیان) ☐ ۶. بالا بودن چربی‌های خون ☐ ۷. چاقی ☐ ۸. بیماریهای اعصاب و روان ☐ ۹. بیماری‌های کلیوی ☐ ۱۰. بیماری‌های 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 ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی دانم ☐

بند ۲۵. آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟

۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی دانم ☐

بند ۲۶. 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 میگردد:

اینجانب..... شماره شناسنامه..... نام پدر..... شماره داوطلبی..... در آزمون استخدام پیمانی سال ۱۴۰۱ رشته‌های 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 :

ب) - معاینات جسمی: (توسط پزشک)

ب-۱) قد، وزن، فشار خون، BMI

بند-۴۲. قد (به سانتیمتر) بند-۴۳. وزن به کیلوگرم BMI
بند-۴۴. فشار خون ۱- سیستول: ۲- دیا سیستول: فشار خون بالا (۹۰/۱۴۰ و بالاتر) ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐

ب-۲) - اندازه گیری قدرت بینایی:

بند-۴۵. وضعیت بینایی چشم راست: (بدون عینک) ۱- /۱۰ ☐ ۲- ۱۰/۹ ☐ ۳- ۸/۱۰ و کمتر ☐
بند-۴۶. وضعیت بینایی چشم چپ: (بدون عینک) ۱- /۱۰ ☐ ۲- ۱۰/۹ ☐ ۳- ۸/۱۰ و کمتر ☐
بند-۴۷. با توجه به وضعیت بینایی مراجعه دانشجو به چشم پزشک توصیه می شود؟ ۱- خیر ☐ ۲- بلی ☐
بند-۴۸. آیا هر دو چشم سالم است؟ اگر نه نام بیماری:
بند-۴۹. اگر از عینک استفاده می کنید؟ شماره چشم چپ راست آستیگماتیسم: راست چپ

ب-۳) - معاینه لثه و دندانها:

بند-۵۰. وضعیت بهداشت دندان ها کدام گزینه است؟ ۱. بد ☐ ۲. متوسط ☐ ۳. خوب ☐
بند-۵۱. وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است؟ ۱. بیماری لثه (پیوره) ☐ ۲. التهاب لثه ☐ ۳. طبیعی ☐
بند-۵۲. تعداد دندان های پوسیده؟ صفر ☐ عدد
بند-۵۳. تعداد دندان های پر شده به علت پوسیدگی؟ صفر ☐ عدد
بند-۵۴. تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی؟ صفر ☐ عدد
بند-۵۵. با توجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه دانشجو به دندانپزشک توصیه می شود؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐

ب-۴) معاینات بدنی و بررسی‌های بالینی :

(همکار گرامی لطفاً پیش از معاینه، مروری بر شرح حال باربارا بیتز و لیست بیماری‌های ممنوع‌الاستخدام داشته باشید)

۱. پوست و مو: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۲. سر، صورت و گردن: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۳. چشم و پلکها: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۴. دهان، گوش، حلق و بینی: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۵. بیماریهای عفونی: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۶. خون و غدد لنفاوی: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۷. قفسه سینه: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۸. قلب و عروق طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۹. ریه و تنفس: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۱۰. شکم و گوارش: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۱۱. کلیه‌ها و مجاری ادراری: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۱۲. مغز و اعصاب: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۱۳. اعصاب و روان: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۱۴. اندام فوقانی و تحتانی: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۱۵. بیماری‌های روماتولوژی، استخوان، مفاصل و عضلات: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۱۶. غدد و هورمون‌ها: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۱۷. معاینات زنان: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....