



تولید دانش‌یمنان، 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.....<br>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 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 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"/> ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ <input type="checkbox"/> 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.....                   |

