



واحد امور سلامت دانشجویان معاونت فرهنگی و دانشجویی
دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سیرجان

محل الصاق
عکس

قسمت شماره 1: اطلاعات فردی

نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه:
میزان تحصیلات: وضعیت تاهل:
آدرس: استان: شهر: خیابان: تلفن:

قسمت شماره 2: سوابق پزشکی

1- آیا به بیماری که به طور دائم یا دوره ای نیازمند مصرف دارو باشد و یا برای آن بستری شده باشید مبتلا هستید؟ در صورت مثبت بودن جدول زیر پر شود؟

شماره	نام بیماری	تحت نظر	مصرف دارو	بیماری بهبود یافته است	طول مدت ابتلا به بیماری
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

موارد بستری در بیمارستان:

ردیف	نام بیمارستان	تاریخ بستری	مدت بستری	علت بستری	اقدامات انجام شده جراحی و دارویی سایر موارد
1					
2					
3					

سابقه ابتلای خود یا خانواده تان به موارد ذیل:

نام بیماری	فرد	خانواده درجه یک	نام بیماری	فرد	خانواده درجه یک
سرطان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فشار خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بیماری قند	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماری قلبی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
چربی خون بالا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماری کلیوی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماری اعصاب و روان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آسم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هیپاتیت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تشنج و صرع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سابقه مجروحیت جنگی غیر شیمیایی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماری های ارثی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	زردی

شماره 3: بررسی مشکلات فرد

<input type="checkbox"/> احساس خستگی بعد از استراحت <input type="checkbox"/> عدم تحمل گرما <input type="checkbox"/> کاهش وزن در طول 6 ماه گذشته حداقل 6 کیلو گرم <input type="checkbox"/> توده قابل لمس در بدن	عمومی
<input type="checkbox"/> دوبینی <input type="checkbox"/> تاری دید <input type="checkbox"/> کاهش دید <input type="checkbox"/> شب کوری <input type="checkbox"/> استفاده از عینک طبی یا لنز	چشم
<input type="checkbox"/> کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> وزوز گوش <input type="checkbox"/> ترشح چرکی مزمن <input type="checkbox"/> سابقه پارگی پرده گوش	گوش
<input type="checkbox"/> خلط همراه با سرفه مزمن <input type="checkbox"/> خلط خونی <input type="checkbox"/> تنگی تنفس فعالیت <input type="checkbox"/> خرناس هنگام خواب	تنفس
<input type="checkbox"/> درد سینه که با فعالیت تشدید می شود <input type="checkbox"/> تپش قلب مزمن <input type="checkbox"/> ادم پا	قلب
<input type="checkbox"/> دردهای مزمن اندامها <input type="checkbox"/> ضعف عضلانی <input type="checkbox"/> خشکی صبحگاهی بیش از یک ساعت <input type="checkbox"/> دردهای ستون فقرات <input type="checkbox"/> تورم مفاصل بدون سابقه ضربه	عضلات و مفاصل
<input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> فلج اندامی <input type="checkbox"/> لرزش (رعشه) مزمن <input type="checkbox"/> کاهش قدرت یا قطر ادرار <input type="checkbox"/> فراموشی زودرس <input type="checkbox"/> فراموشی زودرس <input type="checkbox"/> اختلال تعادل	سیستم عصبی
<input type="checkbox"/> نوع ضایعه ایجاد شده در اثر حساسیت پوستی <input type="checkbox"/> گوارش <input type="checkbox"/> تنفسی	آیا حساسیت به ماده خاص دارید

قد: وزن:

لطفا در هر مورد اگر پاسخ مثبت است داخل مربع را علامت بزنید.

دست راست دست چپ

آیا با گازهای شیمیایی جنگی تماس داشته اید: (تماس با گازهای شیمیایی منوط به وجود یکی از تظاهرات پوستی، چشمی یا ریوی در صورت مثبت بودن، پاسخ، ضایعات به چه شکل بوده است؟

ضایعات پوستی ضایعات چشمی ضایعات ریوی

آیا با آلاینده های شیمیایی در محیط کار تماس داشته اید؟

هم اکنون هم تماس دارید؟ چه مدت سال نوع آلاینده.....

6- آیا با آلاینده های صوتی در محیط کار تماس داشته اید؟

هم اکنون هم تماس دارید؟

چه مدت:

7- آیا در موقع کار در یک وضعیت خاص بدنی به مدت طولانی قرار می گیرید؟

سابقه واکسیناسیون های انجام شده:

کزاز	<input type="checkbox"/>	طی.....سال گذشته
هپاتیت B	<input type="checkbox"/>	طی.....سال گذشته
مننژیت	<input type="checkbox"/>	طی.....سال گذشته
ب.ث.ژ	<input type="checkbox"/>	طی.....سال گذشته