



تولید دانش یمن، 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..... 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. سردرد 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.....





تولید دانش میان، اشتغال 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 تیروئید <input type="checkbox"/> ۶. سایر موارد <input type="checkbox"/> ذکر شود.....
بند ۱۶- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هروئین، 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
بند ۱۷- آیا تا کنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ 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، پیپ، قلیان) <input type="checkbox"/> ۶. بالا بودن چربی های خون <input type="checkbox"/> ۷. بیماریهای 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 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)
تاریخ تکمیل امضا. و اثر انگشت داوطلب

