



## سال هجری تولید

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره ۴-الف

### 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 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 ۱۴. 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. دیابت (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 بیماریهای عفونی (سل، هپاتیت B، C، ایدز، تب مالت و...) <input type="checkbox"/> در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید.....   |
| ۲۰. سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم <input type="checkbox"/> ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                  |
| بند ۱۵. 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 ۱۶. 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 ۱۷. 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.....   |