

نمون برگ شماره [۵]

نمون برگ اعلام آمادگی برای انجام معاینات پزشکی

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

۱	دیابت	دارم	ندارم	۹	لوسیمی (سرطان)	دارم	ندارم
۲	سیروز کبدی	دارم	ندارم	۱۰	کم خونی شدید مقاوم به درمان	دارم	ندارم
۳	آسم	دارم	ندارم	۱۱	تالاسمی ماژور	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، دخانیات و الکل	دارم	ندارم
۸	جذام	دارم	ندارم				

اینجانب شماره شناسنامه نام پدر شماره داوطلبی در آزمون سراسری سال ۱۴۰۲ رشته های موردنیاز 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 متلزم می شوم که مطابق ضوابط آموزش و پرورش عمل نمایم.

تاریخ تکمیل امضاء و اثر انگشت داوطلب

نمون برگ شماره ۶

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-عضلانی ☐ ۴. ناراحتی های گوارشی ☐ ۵. فشار خون بالا ☐ ۶. سر درد دوره ای ☐ ۷. د 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، اچ 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 پپ داشته اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. 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، پپ، قلیان) ☐ ۶. بالابودن 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 هیپاتیت 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:

***اینجاناب.....شماره شناسنامه نام پدرشماره داوطلبیدر 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 اینجاناب 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 ☐ ۱۰-۲۱ ☐ ۹/۱۰ ☐ ۳- ۸/۱۰ و کمتر ☐
بند-۴۶. وضعیت بینایی چشم چپ: (بدون عینک) ۱- /۱۰ ☐ ۱۰-۲۱ ☐ ۹/۱۰ ☐ 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.....

نمون برگ شماره ۸

عکس دانشجو
ممه‌ور به مهر پزشک
معاین

نمون برگ ارجاع به پزشک متخصص

همکار محترم پزشک متخصص / فوق تخصص جناب آقای / سرکار خانم دکتر.....
بدین وسیله صاحب عکس ممه‌ور آقای / خانمفرزند.....به
شماره ملی.....جهت بررسی و معاینه و اظهار نظر در خصوص موضوع ذیل معرفی می گردد، لطفاً
نتایج بررسی و اظهار نظر به صورت محرمانه گزارش گردد:

تاریخ، امضاء و مهر پزشک معتمد آموزش و پرورش :

همکار محترم جناب آقای /سرکار خانم دکتر.....
بدینوسیله آقای / خانمصاحب عکس ممه‌ور فوق الذکر مورد بررسی و معاینه کامل قرار گرفت و
نتایج به شرح ذیل اعلام می گردد:

تاریخ، امضا و مهر پزشک متخصص :

***مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص مفاد اعلام نظر،
با پزشک تأیید کننده این فرم می باشد.

معرفی داوطلب معلول به شورای پزشکی

شورای پزشکی در مانگاه فرهنگیان استان.....
 باسلام واحترام؛ در راستای بند «ز» آیین نامه اجرائی ماده ۴۲ قانون مدیریت خدمات کشوری، بدین وسیله
 آقای/خانم..... فرزند..... باکد ملی..... (صاحب عکس ممهور) که به استناد نامه
 شماره..... مورخ..... سازمان / اداره بهزیستی..... در ردیف داوطلبان استفاده از
 سهمیه ۳٪ معلولین، موضوع بند «الف» ماده ۷ قانون جامع حمایت از معلولین قرار گرفته، معرفی می گردد.
 خواهشمند است مطابق ضوابط ومقررات مربوط، درخصوص تصدی نامبرده برای رشته شغلی.....
 بررسی و اظهار نظر نمایید.

نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی
معاون پژوهش، برنامه ریزی و توسعه منابع	پزشک معتمد آموزش و پرورش
امضاء و مهر	امضاء و مهر

بدینوسیله ویژگی های جسمانی آقا/خانم..... مورد بررسی این شورا قرارگرفت و اعلام می دارد نامبرده دارای
 معلولیت ها و محدودیت های..... جهت تصدی رشته شغلی..... می باشد و بدین وسیله جهت
 بررسی و اعلام نظر معرفی می گردد. نام ونام خانوادگی (سمت فرد امضا کننده اضافه شود) امضاء ومهر

با توجه به گزارش شورای پزشکی وتطبیق ویژگیهای جسمانی داوطلب با توجه به به شرایط احراز شغل بدینوسیله اعلام می
 دارد: آقا/خانم..... جهت احراز کد شغل محل.....
 الف) تأیید می گردد ب): به دلیل..... تأیید نمی گردد

- ۱- نماینده سازمان بهزیستی استان نام ونام خانوادگی امضاء ومهر
- ۲- نماینده مدیریت آموزش وپرورش استثنایی نام ونام خانوادگی امضاء ومهر
- ۳- نماینده معاونت پژوهش، برنامه ریزی و توسعه منابع نام ونام خانوادگی امضاء ومهر

اظهار نظر پزشک در پایان مرحله اول معاینات

عکس داوطلب

به کارگروه بررسی اسناد و مدارک و معاینات پزشکی استان.....

آقا / خانم رشته

کد ملی

۱. از نظر جسمی و روانی توانایی 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

***مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص عدم رعایت ضوابط و مفاد لیست بیماری‌هایی که ممنوعیت استخدام در آموزش و پرورش را دارند، در تعهد پزشک تأیید کننده این فرم می باشد.

تذکره (۱) : صدور نمونه برگ شماره ۹-د (نمونه 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) : صدور حکم استخدام مشروط به سالم بودن در آزمایشات استخدامی می باشد.