

دانشجوی گرامی:

در راستای اجرای طرح تحول سلامت، برنامه ریزی جهت انجام مراقبت های بهداشتی و معاینات پزشکی شما عزیزان توسط معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی صورت گرفته است این گواهی در صورت داشتن مهر پزشک مرکز خدمات جامع سلامت محل سکونت دانشجو دارای اعتبار است و یکی از مدارک ثبت نام قطعی دانشجو محسوب می گردد. بنابراین حفظ و نگهداری آن تا زمان ارائه به اداره پذیرش و ثبت نام مورد توجه قرار گیرد.

نکات قابل توجه:

- ویزیت پزشک در مرکز خدمات جامع سلامت براساس بسته خدمتی سلامت جوانان و نوجوانان بصورت رایگان صورت می گیرد.
- بندهای (الف - ب - ج - د) توسط دانشجو / طلبه و بند (ه) توسط مراقبین سلامت پایگاه های سلامت و خانه های بهداشت و بندهای (و - ز) توسط پزشک مرکز تکمیل می گردد.

| الف: مشخصات فردی                                                                             |                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                                                             |                                                                                                   |                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| نام نام خانوادگی                                                                             |                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                                                             |                                                                                                   |                                                                                             |
| جنس                                                                                          |                                                                                                                                                                                                          | مونث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> |                                                                                             | وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> |                                                                                             |
| رشته قبولی در دانشگاه:                                                                       |                                                                                                                                                                                                          |                                                             | تلفن: ثابت ..... همراه .....                                                                |                                                                                                   |                                                                                             |
| ب: سابقه بیماری در خانواده                                                                   |                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                                                             |                                                                                                   |                                                                                             |
| 1. دیابت                                                                                     | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>                                                                                                              | 6. سرطان                                                    | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> | 11. تشنج و صرع                                                                                    | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> |
| 2. بیماری (عروق کرونر) زودرس                                                                 | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>                                                                                                              | 7. سل                                                       | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> | 12. اختلالات روانپزشکی                                                                            | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> |
| 3. سکتة مغزی                                                                                 | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>                                                                                                              | 8. هیپاتیت                                                  | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> | 13. بیماری های ارثی                                                                               | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> |
| 4. چربی خون بالا                                                                             | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>                                                                                                              | 9. سنگ کلیه                                                 | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> | 14. بیماریهای تیروئید (گواتر، پرکاری و کم کاری)                                                   | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> |
| 5. فشار خون بالا                                                                             | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>                                                                                                              | 10. ایدز                                                    | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> | 15. pcod (کیست تخمدانی)                                                                           | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> |
| ج: سابقه بیماری دانشجو (در مورد سابقه ابتلا به هریک از موارد زیر در داخل مربع علامت * بزنید) |                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                                                             |                                                                                                   |                                                                                             |
| 1. بیماری عفونی                                                                              | مننژیت <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> ایدز <input type="checkbox"/> هیپاتیت (زردی) <input type="checkbox"/> تب روماتیسمی <input type="checkbox"/> تب مالت <input type="checkbox"/> |                                                             |                                                                                             |                                                                                                   |                                                                                             |
| 2. اختلالات خون                                                                              | کم خونی تایید شده توسط آزمایش خون <input type="checkbox"/> حساسیت به باقلا (فاوایسم) <input type="checkbox"/> تالاسمی <input type="checkbox"/> هموفیلی <input type="checkbox"/>                          |                                                             |                                                                                             |                                                                                                   |                                                                                             |