



سال چشم 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. مؤنث <input type="checkbox"/>	بند ۴. وضعیت تاهل: ۱. مجرد <input type="checkbox"/> ۲. متأهل <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 خستم <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 ۲. احساس خستگی مزمن ۳. دردهای اسکلتی-عضلانی ۴. ناراحتی های گوارشی

۵. فشار خون بالا ۶. سردرد دوره ای ۷. یبوست (بیماری قند) ۸. اختلال کارکرد تیروئید

۹. کم خونی تایید شده ۱۰. بالا بودن چربی خون ۱۱. تشنج و صرع ۱۲. آسم و سایر بیماری های عزم 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 بیماریهای 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 ۱۲. 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 ۱۳. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟

۱. خیر ۲. بلی نام دارو ها ذکر شود.....

بند ۱۴. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟

۱. خیر ۲. بلی نام دارو ها، علت و مدت استفاده ذکر شود.....

