

سال هفتم تولید

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

بند ۱۵. 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 ۱۶- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هرورین، حشیش و... و مواد محرک مثل شیشه، اکستازی) و... داشته اید؟ خیر بلی چه سالی و چه مدت؟ ذکر کنید

بند ۱۷- 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

بند ۱۸- گروه خونی و RH شما چیست؟.....

الف- (۴) سابقه بزرگی 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 ۲. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال ۳. دیابت (بیماری قند) ۴. سرطان ۵. مصرف دخانیات (سیگار، پپ، قلیان) ۶. بالا بودن چربی های خون ۷. بیمارهای اعصاب و روان ۸. بیماری های کلیوی
۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسرو، کرون)

الف- (۵) وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۲۰. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟
۱. خیر ۲. بلی ۳. نمی دانم

بند ۲۱. آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟
۱. خیر ۲. بلی ۳. نمی دانم

بند ۲۲. 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

(این نمون برگ توسط داوطلب و در حضور پزشک معاین تکمیل و استمنا و تحویل پزشک معاین مسگردد تا در پرونده بزرگی داوطلب نگهداری شود)
تاریخ تکمیل امضا، و اثر انگشت داوطلب

