

اطلاعات کلی	
کد ملی	
تاریخ تشکیل پرونده	
کد فرد	

تکمیل این شناسنامه جنبه آشنایی با سوابق پزشکی شما را داشته و با توجه به محرمانه بودن اطلاعات آن، در راستای ارائه خدمات بهداشتی درمانی به شما، مورد استفاده قرار خواهد گرفت. مطالعه و پاسخ دقیق به سوالات، ما را در این امر یاری می نماید. اینجانب متعهد می گردم در صورتی که براساس کتمان در پاسخگویی به سوالات، نقص یا خللی در فرآیند بررسی وضعیت سلامت ایجاد شود به نوعی که منجر به خسارت های جسمی، روحی یا معنوی در آینده گردد، پزشک معاینه کننده هیچگونه مسئولیتی برعهده نخواهد داشت.

نام و نام خانوادگی و امضاء فرد

الف: مشخصات فردی

این قسمت توسط جوان تکمیل شود	
۱- نام و نام خانوادگی:	۹- محل اقامت فعلی: خوابگاه <input type="checkbox"/> خانه دانشجویی <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
۲- جنس: مونث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/>	۱۰- تحت پوشش بیمه: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳- دانشجو: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۱- مقطع تحصیلی: فوق دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> فوق لیسانس <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/>
۴- محل تولد:	تخصص <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> زیر دیپلم <input type="checkbox"/> بیسواد <input type="checkbox"/>
۵- تاریخ تولد:	وضعیت اشتغال: شاغل <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/>
۶- وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/>	۱۳- تلفن: ثابت ----- همراه -----
۷- در صورت تاهل تعداد فرزندان:	۱۴- آدرس ایمیل:
با چه کسانی زندگی می کنید؟ والدین <input type="checkbox"/> یکی از والدین <input type="checkbox"/>	نوع گروه خون:
<input type="checkbox"/> خواهر و برادر <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> بستگان <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
آدرس محل سکونت:	

ب: سابقه بیماری در خانواده (منظور پدر و مادر، خواهر و برادر شما می باشد)

این قسمت توسط فرد تکمیل شود. لطفاً اگر فردی در خانواده شما سابقه مشکلات زیر را دارد "بلی، خیر یا نمی دانم" را در داخل <input type="checkbox"/> علامت ✓ بزنید.					
۱. دیابت	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۶. سرطان	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۱. اگر جواب سوال ۶ مثبت است لطفاً نوع آن را شرح دهید:	
۲- سکتة قلبی در کم تر از ۵۵ سالگی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۷. سل	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۲. اختلالات روانپزشکی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
۳. سکتة مغزی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۸. هیپاتیت	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۳. در صورتی که سوال ۸ مثبت است لطفاً نوع آن را مشخص فرمایید:	
۴. چربی خون بالا	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمیدانم <input type="checkbox"/>	۹. سنگ کلیه	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۴. بیماری های تیروئید (گواتر، پرکاری و کم کاری)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
۵. فشارخون بالا	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمیدانم <input type="checkbox"/>	۱۰. ایدز	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۵. سابقه مصرف مواد دخانی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
۱۷- سابقه مصرف سایر مواد: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	سایر (توضیح دهید):				

۱- عادات سلامت فردی	
۱. اصلاً ندارم <input type="checkbox"/> ۲. یک یا دو روز <input type="checkbox"/> ۳. سه یا چهار روز <input type="checkbox"/> ۴. تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>	۱- در طول یک هفته، چند روز حداقل به مدت سی دقیقه فعالیت بدنی دارید؟ (ورزش متوسط مانند پیاده روی سریع، شنا کردن یا دوچرخه سواری و...)
۱. اصلاً مسواک نمی زنم <input type="checkbox"/> ۲. هر چند روز یک بار <input type="checkbox"/> ۳. روزی یک بار <input type="checkbox"/> ۴. روزی دو بار <input type="checkbox"/> ۵. روزی سه بار <input type="checkbox"/>	۲- وضعیت مسواک زدن
۱. نداشتن برنامه منظم <input type="checkbox"/> ۲. داشتن برنامه منظم <input type="checkbox"/>	۳- معمولاً الگوی خواب و بیداری شما چگونه است؟
۱. بیش از ده ساعت <input type="checkbox"/> ۲. ۸ تا ده ساعت <input type="checkbox"/> ۳. تا ۸ ساعت <input type="checkbox"/>	۴- به طور متوسط چند ساعت در شبانه روز می خوابید؟
۱. بیش از ده نخ در هفته <input type="checkbox"/> ۲. کم تر از ده نخ در هفته <input type="checkbox"/> ۳. به طور موردی مصرف می کنم <input type="checkbox"/> ۴. اصلاً مصرف نمی کنم <input type="checkbox"/>	۵- کدامیک از گزینه های زیر در مورد سیگار کشیدن در رابطه با شما صدق می کند؟ (یک بار مصرف قلیان معادل کشیدن ده نخ سیگار است.)
۱. بیش از چهار ساعت <input type="checkbox"/> ۲. دو تا چهار ساعت <input type="checkbox"/> ۳. کم تر از دو ساعت <input type="checkbox"/> ۴. اصلاً استفاده نمی کنم <input type="checkbox"/>	۶- در طول شبانه روز معمولاً چند ساعت با کامپیوتر یا سایر ابزارهای کامپیوتری (مانند موبایل، تبلت، و...) سر و کار دارید؟
۱. اصلاً انجام نمی دهم <input type="checkbox"/> ۲. به ندرت انجام می دهم <input type="checkbox"/> ۳. گاهی انجام می دهم <input type="checkbox"/> ۴. هفته ای یک بار <input type="checkbox"/> ۵. بیشتر <input type="checkbox"/>	۷- در طول هفته، تن آرامی انجام می دهید؟

۲- عادات غذایی				
<input type="checkbox"/> ۴- هرگز	<input type="checkbox"/> ۳- به ندرت	<input type="checkbox"/> ۲- هفتگی	<input type="checkbox"/> ۱- روزانه	۱- چند روز در هفته صبحانه کامل می خورید؟
<input type="checkbox"/> ۴- هرگز	<input type="checkbox"/> ۳- به ندرت	<input type="checkbox"/> ۲- هفتگی	<input type="checkbox"/> ۱- روزانه	۲- میزان مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟ (یک سیب متوسط حدود ۱۵۰ گرم است.)
<input type="checkbox"/> ۴- هرگز	<input type="checkbox"/> ۳- به ندرت	<input type="checkbox"/> ۲- هفتگی	<input type="checkbox"/> ۱- روزانه	۳- میزان مصرف سبزی های شما در هفته چقدر است ؟
<input type="checkbox"/> ۴- هرگز	<input type="checkbox"/> ۳- به ندرت	<input type="checkbox"/> ۲- هفتگی	<input type="checkbox"/> ۱- روزانه	۴- میزان مصرف انواع شیرینی (کیک و شکلات و...) در هفته چقدر است ؟
<input type="checkbox"/> ۴- هرگز	<input type="checkbox"/> ۳- به ندرت	<input type="checkbox"/> ۲- هفتگی	<input type="checkbox"/> ۱- روزانه	۵- از غلات حجیم شده (بفک و گندم بوداده) چند بار در طول هفته استفاده می کنید؟
<input type="checkbox"/> ۴- هرگز	<input type="checkbox"/> ۳- به ندرت	<input type="checkbox"/> ۲- هفتگی	<input type="checkbox"/> ۱- روزانه	۶- در طول هفته چند بار از نوشابه های گازدار شیرین، آب میوه های صنعتی و ماءالشعیر استفاده می کنید؟
<input type="checkbox"/> ۴- هرگز	<input type="checkbox"/> ۳- به ندرت	<input type="checkbox"/> ۲- هفتگی	<input type="checkbox"/> ۱- روزانه	۷- غذاهای آماده یا فست فود در رژیم شما چه جایگاهی دارد؟
<input type="checkbox"/> ۴- هرگز	<input type="checkbox"/> ۳- به ندرت	<input type="checkbox"/> ۲- هفتگی	<input type="checkbox"/> ۱- روزانه	۸- آیا روزانه شیر، ماست، و یا دوغ به میزان دو لیوان مصرف می کنید؟
	<input type="checkbox"/> ۳- کم	<input type="checkbox"/> ۲- معمولی	<input type="checkbox"/> ۱- زیاد	۹- میزان اشتهای خود را چگونه ارزیابی می کنید؟

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود	
۱- دارو	حساسیت به: پنی سیلین <input type="checkbox"/> آسپیرین <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> توضیح داده شود:
۲- بیماری عفونی	مننژیت <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> ایدز <input type="checkbox"/> هیپاتیت (زردی) <input type="checkbox"/> مالاریا <input type="checkbox"/> سایر: توضیح داده شود.
۳- چشم	کاهش دید <input type="checkbox"/>
۴- اختلالات خون	کم خونی تایید شده توسط آزمایش خون <input type="checkbox"/> حساسیت به باقلا (فاویسم) <input type="checkbox"/> تالاسمی مینور <input type="checkbox"/> تالاسمی ماژور <input type="checkbox"/> هموفیلی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>
۵- گوش، حلق و بینی	کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> سینوزیت مزمن <input type="checkbox"/> حساسیت فصلی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
۶- گوارش	زخم معده/ زخم اثنی عشر (Peptic ulcer) <input type="checkbox"/> یبوست مزمن <input type="checkbox"/> سندروم روده تحریک پذیر (IBS) <input type="checkbox"/>
۷- ریه	آسم <input type="checkbox"/> آلرژی تنفسی <input type="checkbox"/> عفونت ریه <input type="checkbox"/>
۸- بیماری قلبی عروقی	فشارخون بالا <input type="checkbox"/> آریتمی ها <input type="checkbox"/> بیماری های مادرزادی قلب <input type="checkbox"/>
۹- غدد و متابولیسم	چربی خون بالا <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> پرکاری تیروئید <input type="checkbox"/> کم کاری تیروئید <input type="checkbox"/>
۱۰- اسکلتی عضلانی	دفرمیتی اندام ها <input type="checkbox"/> راشی تیسم <input type="checkbox"/>
۱۱- کلیه و مجاری ادراری	سنگ کلیه یا مثانه <input type="checkbox"/> پیلونفریت مزمن <input type="checkbox"/> عفونت ادراری <input type="checkbox"/>
۱۲- مغز و اعصاب	میگرن <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> M.S <input type="checkbox"/>
۱۳- اختلالات روانپزشکی	اختلال وسواسی- جبری <input type="checkbox"/> اختلال تیک <input type="checkbox"/> اختلال افسردگی اساسی <input type="checkbox"/> اختلال دوقطبی <input type="checkbox"/> اختلال اضطرابی <input type="checkbox"/> اختلال سایکوتیک <input type="checkbox"/> اختلال شبه جسمی <input type="checkbox"/>
۱۴- تناسلی	عفونت های منتقله جنسی: سوزاک <input type="checkbox"/> سفلیس <input type="checkbox"/> تب خال تناسلی <input type="checkbox"/> زخم و زگیل تناسلی <input type="checkbox"/>
۱۵- زنان	واژینیت <input type="checkbox"/> میوم <input type="checkbox"/> تومورهای تخمدان <input type="checkbox"/> کیست تخمدان <input type="checkbox"/> توده یا ترشح غیرطبیعی پستان <input type="checkbox"/>
۱۶- سابقه مصرف	سیگار <input type="checkbox"/> قلیان <input type="checkbox"/> سایر مواد <input type="checkbox"/> : توضیح دهید:
۱۷- نقص عضو	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیح دهید:
۱۸- سوابق بیماری‌ستانی	۱- سابقه عمل جراحی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت: ۲- سابقه بستری شدن: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت: ۳- سابقه تزریق خون: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت:
۱۹- موارد دیگر

ت: معاینات فیزیکی

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود

فشارخون: ----- قد: ----- سانتی متر وزن: ----- کیلوگرم BMI: -----

Visual acuity بی عینک		OD-----	OS-----	نیاز به ارجاع به متخصص: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
Visual acuity با عینک		OD-----	OS-----	نیاز به ارجاع به متخصص: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
معاینه وضعیت عمومی	چشم	سالم است <input type="checkbox"/>	وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/>	نوع یافته
	گوش	سالم است <input type="checkbox"/>	وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/>	نوع یافته
	بینی	سالم است <input type="checkbox"/>	وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/>	نوع یافته
	حلق	سالم است <input type="checkbox"/>	وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/>	نوع یافته
	گردن	سالم است <input type="checkbox"/>	وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/>	نوع یافته
	قلب	سالم است <input type="checkbox"/>	وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/>	نوع یافته
	ریه	سالم است <input type="checkbox"/>	وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/>	نوع یافته
	شکم	سالم است <input type="checkbox"/>	وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/>	نوع یافته
	اندام ها	سالم است <input type="checkbox"/>	وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/>	نوع یافته
	مغز و اعصاب	سالم است <input type="checkbox"/>	وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/>	نوع یافته
	پوست و مو	سالم است <input type="checkbox"/>	وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/>	نوع یافته
	تناسلی ادراری	سالم است <input type="checkbox"/>	وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/>	نوع یافته
	ستون مهره ها	سالم است <input type="checkbox"/>	وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/>	نوع یافته
	مفاصل	سالم است <input type="checkbox"/>	وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/>	نوع یافته
سایر موارد	توضیح دهید -----			
توضیح درباره یافته های غیرطبیعی در معاینه ----- -----				
دهان و دندان	دندان پوسیده دارد <input type="checkbox"/>	وضعیت لثه	خونریزی از لثه دارد <input type="checkbox"/>	
	دندان درد دارد <input type="checkbox"/>	نیاز به ارجاع فوری به دندانپزشک دارد <input type="checkbox"/>		

