

شماره پذیرش: _____

تاریخ پذیرش: _____

کد ورود اطلاعات: _____

مشخصات فردی (موارد زیر توسط دانشجو تکمیل گردد)

نام و نام خانوادگی: _____

شماره دانشجویی: _____

کد ملی: _____

شماره همراه: _____

نوع بیمه: _____

تاریخ: _____

ب. معاینات جسمانی (موارد زیر توسط پرستار و یا کارشناس مرکز بهداشت تکمیل گردد)

۱. اندازه گیری قد، وزن و فشار خون

قد (سانتی متر):	وزن (کیلوگرم):	فشار خون سیستولیک:	فشار خون دیاستولیک:
-----------------	----------------	--------------------	---------------------

۲. اندازه گیری قدرت بینایی: طبیعی اصلاح شده (اعمال جراحی، عینک، لنز و...)

وضعیت بینایی چشم راست کدام گزینه است؟	<input type="checkbox"/> ۱۰/۱۰	<input type="checkbox"/> ۹/۱۰	<input type="checkbox"/> ۸/۱۰ و کمتر	<input type="checkbox"/> نابینایی	<input type="checkbox"/> کوررنگی
وضعیت بینایی چشم چپ کدام گزینه است؟	<input type="checkbox"/> ۱۰/۱۰	<input type="checkbox"/> ۹/۱۰	<input type="checkbox"/> ۸/۱۰ و کمتر	<input type="checkbox"/> نابینایی	<input type="checkbox"/> کوررنگی

۳. معاینه دهان و دندان

وضعیت بهداشت دهان کدام گزینه است؟	<input type="checkbox"/> بد	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> خوب
وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است؟	<input type="checkbox"/> بیماری لثه (پیوره)	<input type="checkbox"/> التهاب لثه	<input type="checkbox"/> طبیعی
تعداد دندان های پوسیده چند تا است؟	دندان پوسیده ندارد <input type="checkbox"/>	دندان پوسیده دارد <input type="checkbox"/>	عدد
تعداد دندان های پر شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟	دندان پر شده ندارد <input type="checkbox"/>	دندان پر شده دارد <input type="checkbox"/>	عدد
تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟	دندان کشیده شده ندارد <input type="checkbox"/>	دندان کشیده شده دارد <input type="checkbox"/>	عدد

۴. پاراکلینیک

میزان پاسخ آزمایش (به عدد)	نرمال	بالتر از نرمال	پایین تر از نرمال	انجام نشده
هموگلوبین				
هماتوکریت				
ویتامین D3				
قند خون ناشنا				
TSH				

۵. ارزیابی کارشناس: در صورت وجود هر گونه یافته غیر طبیعی، طبق دستورالعمل نیاز به معاینه پزشک وجود دارد و باید ارجاع داده شود

نیاز به معاینه پزشک دارد؟ بلی خیر نام و امضاء کارشناس: _____

۶. نتیجه ارزیابی پزشک و پیگیری نهایی:

۱- سالم است و نیاز به پیگیری ندارد <input type="checkbox"/>
۲- تحت نظر متخصص است <input type="checkbox"/> به متخصص ارجاع داده شد <input type="checkbox"/> تحت مراقبت پزشک مرکز <input type="checkbox"/> تشخیص
۳- نیازمند پیگیری مرکز بهداشت و درمان است: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت اصلی بیماری
۴- پرونده پزشکی تحت نظر تشکیل شد: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام بیماری
۵- علت تشکیل پرونده: <input type="checkbox"/> وجود بیماری مشخص <input type="checkbox"/> وجود شرایط ریسک بالا <input type="checkbox"/> جهت اقدامات تشخیصی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
توضیحات:
نام و امضاء پزشک: _____