

الف: اطلاعات مربوط به وضعیت جسمانی داوطلب بر اساس اظهارات خویش:

۱	دیابت	دارم	ندارم	۹	لوسیمی (سرطان)	دارم	ندارم
۲	سیروز کبدی	دارم	ندارم	۱۰	کم خونی شدید مقاوم به درمان	دارم	ندارم
۳	آسم	دارم	ندارم	۱۱	تالاسمی ماژور	دارم	ندارم
۴	نارسایی کلیه	دارم	ندارم	۱۲	صرع	دارم	ندارم
۵	بیماری های پیشرفته قلبی	دارم	ندارم	۱۳	افسردگی	دارم	ندارم
۶	اسکروز آن پلاک	دارم	ندارم	۱۴	اضطراب	دارم	ندارم
۷	پارکینسون	دارم	ندارم	۱۵	اعتیاد به مواد مخدر، دخانیات و الکل	دارم	ندارم
۸	جذام	دارم	ندارم				

اینجانب شماره شناسنامه نام پدر شماره داوطلبی در آزمون سراسری سال ۱۴۰۲ رشته های موردنیاز آموزش و پرورش موارد قید شده در نمون برگ های مربوط به ویژگیهای جسمانی و معاینات پزشکی را صادقانه و با دقت تکمیل کرده و صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم و به این موضوع آگاهی کامل دارم که درج هر گونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ای از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد. واز کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده ازسوی آموزش و پرورش در دفترچه آزمون و اطلاعیه مربوط و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی ویژگی های جسمانی اعلام خواهد شد؛ آگاهی کامل داشته و متعهد و متلزم می شوم که مطابق ضوابط آموزش و پرورش عمل نمایم.

تاریخ تکمیل امضاء و اثر انگشت داوطلب

الف-خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

(این نمونه برگ توسط داوطلب و در حضور پزشک معاین تکمیل و امضا و تحویل پزشک معاین میگردد تا در پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود)

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. مونث <input type="checkbox"/>	بند ۴. وضعیت تاهل: ۱. مجرد <input type="checkbox"/> ۲. متاهل <input type="checkbox"/> ۳. سایر <input type="checkbox"/>
بند ۵. نام پردیس / مرکز / سازمان :	بند ۶. نام آخرین دانشگاهی که تحصیل کرده اید :
بند ۷. رشته شغلی پذیرفته 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 هستم <input type="checkbox"/> علت معافیت ذکر شود	

الف- (۳) سابقه پزشکی فرد (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۱۴. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟ ۱. اختلالات قلبی و عروقی <input type="checkbox"/> ۲. احساس خستگی مزمن <input type="checkbox"/> ۳. دردهای اسکلتی-عضلانی <input type="checkbox"/> ۴. ناراحتی های گوارشی <input type="checkbox"/> ۵. فشار خون بالا <input type="checkbox"/> ۶. سر درد دوره ای <input type="checkbox"/> ۷. د. یابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۸. اختلال کارکرد تیروئید <input type="checkbox"/> ۹. کم خونی تأیید شده <input type="checkbox"/> ۱۰. بالا بودن چربی خون <input type="checkbox"/> ۱۱. تشنج و صرع <input type="checkbox"/> ۱۲. آسم و سایر بیماری های مزمن تنفسی <input type="checkbox"/> ۱۳. کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> ۱۴. بیماری های صعب العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و...) <input type="checkbox"/> ذکر شود..... ۱۵. مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و...) <input type="checkbox"/> ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان <input type="checkbox"/> علت..... ۱۷. مشکلات مادرزادی <input type="checkbox"/> ذکر شود..... ۱۸. معلولیت <input type="checkbox"/> نوع و علت..... ۱۹- سابقه بیماری های عفونی (سل، هیپاتیت B، ایدز، تب مالت و...) <input type="checkbox"/> در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید..... ۲۰. سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم <input type="checkbox"/> ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بند ۱۵. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟ ۱. درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> ۲. سرگیجه <input type="checkbox"/> ۳. سرفه <input type="checkbox"/> ۴. تنگی نفس <input type="checkbox"/> ۵. هیچکدام <input type="checkbox"/>
بند ۱۶. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام داروها ذکر شود.....
بند ۱۷. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام داروها، علت و مدت استفاده ذکر شود.....
بند ۱۸. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟ ۱. آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/> ۲. مسکن های ساده <input type="checkbox"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۴. داروهای آرامبخش <input type="checkbox"/> ۵. داروهای نیروزا <input type="checkbox"/> ۶. سایر موارد <input type="checkbox"/> ذکر شود.....

<p>بند ۱۹- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر و داشته اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/></p> <p>چه سالی و چه مدت؟ ذکر کنید</p>
<p>بند ۲۰- آیا تا کنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته اید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/></p> <p>چه سالی و چه مدت آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/></p>
<p>این سوال مخصوص خانمها می باشد</p> <p>بند ۲۱- سابقه کدام مورد را داشته اید؟ اختلالات هورمونی <input type="checkbox"/> بلوغ زودرس <input type="checkbox"/> بلوغ دیررس <input type="checkbox"/> سابقه یا جراحی بیماریهای رحمی <input type="checkbox"/></p> <p>ناباروری <input type="checkbox"/> کیستهای تخمدانی <input type="checkbox"/> توده یا ترشحات پستانی <input type="checkbox"/> سایر موارد ذکر کنید.....</p>
<p>بند ۲۲- Rh و گروه خونی شما چیست؟.....</p>

الف- (۴) سابقه پزشکی خانواده (توسط داوطلب تکمیل گردد)

<p>بند ۲۳- کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟</p> <p>۱. فشار خون بالا <input type="checkbox"/> ۲. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال <input type="checkbox"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۴. سرطان <input type="checkbox"/> ۵. مصرف دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان) <input type="checkbox"/> ۶. بالابودن چربیهای خون <input type="checkbox"/> ۷. چاقی <input type="checkbox"/> ۸. بیماریهای اعصاب و روان <input type="checkbox"/> ۹. بیماریهای کلیوی <input type="checkbox"/> ۱۰. بیماریهای روده ای (کولیت اولسرو، کرون) <input type="checkbox"/></p>

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

<p>بند ۲۴. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟</p> <p>۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>
<p>بند ۲۵. آیا واکسن هیپاتیت ب را دریافت کرده اید؟</p> <p>۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>
<p>بند ۲۶. آیا در دوره دبیرستان واکسن توام (دیفتری، کزاز) دریافت کرده اید؟</p> <p>۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>

الف- (۶) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل میگردد:

***اینجانب..... شماره شناسنامه نام پدر شماره داوطلبی در آزمون استخدام پیمانی سال ۱۴۰۱ رشته های مورد نیاز آموزش و پرورش، موارد قید شده را صادقانه و با دقت تکمیل کرده و صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم و به این موضوع آگاهی کامل دارم که درج هرگونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ایی از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد .

<p>نام و نام خانوادگی :</p> <p>تاریخ:</p> <p>اثر انگشت و امضاء داوطلب :</p>
