



تولید دانش میان، اشتغال آفرین

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

<p>بند ۱۵. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/></p> <p>اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟</p> <p>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 تیروئید <input type="checkbox"/> ۶. سایر موارد <input type="checkbox"/> ذکر شود.....</p>
<p>بند ۱۶- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هروئین، حشیش و.... و مواد محرک مثل شیشه، اکستازی) و.... داشته اید؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> چه سالی و چه مدت؟ ذکر کنید</p>
<p>بند ۱۷- 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>بند ۱۸- گروه خونی و RH شما چیست؟</p>

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

<p>بند ۱۹- 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. بالا بودن چربی های خون <input type="checkbox"/> ۷. بیماریهای اعصاب و روان <input type="checkbox"/> ۸. بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/> ۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسرو، کرون) <input type="checkbox"/></p>
--

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

<p>بند ۲۰. 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 ۲۱. آیا واکسن هپاتیت 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 ۲۲. 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

(این نمون برگ توسط داوطلب و در حضور پزشک معاین تکمیل و امضا و تحویل پزشک معاین میگردد تا در پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود)
تاریخ تکمیل امضا. و اثر انگشت داوطلب

