

شماره  
تاریخ  
پیوست

مردمانی

جمهوری اسلامی ایران  
وزارت آموزش و پرورش

### تولید پشتیبانی مانع زدایی

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره (۳)

#### نمون برگ اعلام آمادگی برای انجام معاینات پزشکی

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

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

اینجانب ..... شماره شناسنامه ..... نام پدر ..... شماره داوطلبی ..... در آزمون سراسری سال ۱۴۰۰ رشته های موردنیاز آموزش و پرورش موارد قید شده در نمون برگهای 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



شماره  
تاریخ  
پیوست

بهره‌مآل



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت آموزش و پرورش

## تولید پشتیبانی مانع‌زدایی

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره ۴- الف

### الف- خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

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. مؤنث <input type="checkbox"/>	بند ۴. وضعیت تاهل: ۱. مجرد <input type="checkbox"/> ۲. متأهل <input type="checkbox"/> ۳. سایر <input type="checkbox"/>	
بند ۵. نام پردیس / مرکز / سازمان:	بند ۶. نام آخرین مدرسه ای که تحصیل کرده اید:	
بند ۷. گروه آزمایشی معرفی 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 ۱۱. 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. یابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۸. اختلال کارکرد تیروئید <input type="checkbox"/> ۹. کم خونی تایید 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، ایچ 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 بیماریهای عفونی (سل، هیاتیت C, 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 ۱۲. 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 ۱۳. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام دارو ها ذکر شود.....
بند ۱۴. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام دارو ها ، علت و مدت استفاده ذکر شود.....





تولید پشتیبانی مانع زوایلی

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 نیروزا <input type="checkbox"/> ۶. سایر موارد <input type="checkbox"/> ذکر شود.....</p>
<p>بند ۱۶- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هرویین، حشیش و.... و مواد محرک مثل شیشه، اکستازی) و.... داشته اید؟ 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>
<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"/></p> <p>۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسرو، کرون) <input type="checkbox"/></p>
<p>الف-۵) وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد)</p> <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 میگرد

(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

