

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 - دانشجوی: 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"/> تخصص <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> زیردیپلم <input type="checkbox"/> بیسواد <input type="checkbox"/>
۴ - محل تولد: -----	وضعیت اشتغال: شاغل <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/> گروه خونی: .....
۵ - تاریخ تولد: -----	
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"/> 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
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"/> نمی دانم <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)
۵. فشارخون بالا	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۰. ایدز	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۵. سابقه مصرف مواد دخانی
۱۷- سابقه مصرف سایر مواد: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	سایر (توضیح دهید):			

واکسیناسیون	
واکسیناسیون فرد کامل است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
واکسیناسیون فرد ناقص است	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
در صورتیکه واکسیناسیون فرد ناقص است آیا پی گیری یک ماه بعد به منظور تکمیل واکسیناسیون انجام شده است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا واکسیناسیون هیپاتیت B برای گروه های در معرض خطر انجام شده است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

ت : ارزیابی فردی (توسط خود فرد تکمیل شود)

۳- واحد مصرفی میوه و سبزی روزانه چقدر است؟	۱- ۵ واحد یا بیشتر <input type="checkbox"/>	۲- ۲-۴ واحد <input type="checkbox"/>	۳- کمتر از ۲ واحد <input type="checkbox"/>
چه میزان فعالیت بدنی در هفته دارد؟ (حداقل فعالیت بدنی ۸۵۳ دقیقه در هفته معادل با ۳۰ دقیقه با تواتر ۵ بار در هفته شامل ورزش های هوازی نظیر پیاده روی تند ، دوچرخه سواری ، شنا و...)؟	۱- ۱۵۰ دقیقه در هفته یا بیشتر <input type="checkbox"/>	۲- کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته <input type="checkbox"/>	۳- بدون فعالیت بدنی هدفمند <input type="checkbox"/>
۶- مصرف فست فود و /یا نوشابه های گازدار چگونه است؟	۱- هرگز <input type="checkbox"/>	۲- ماهی یک یا دو بار <input type="checkbox"/>	۳- ماهی ۳ بار یا بیشتر <input type="checkbox"/>
۸- واحد مصرفی شیر و لبنیات روزانه چقدر است؟	۱- ۳ واحد یا بیشتر <input type="checkbox"/>	۲- ۱-۲ واحد <input type="checkbox"/>	۳- کمتر از یک واحد <input type="checkbox"/>
۹- آیا از نمکدان سر سفره استفاده می کند؟	۱- هرگز <input type="checkbox"/>	۲- گاهی <input type="checkbox"/>	۳- همیشه <input type="checkbox"/>
۱۰- نوع روغن مصرفی عمدتاً "از کدام نوع است؟	۱- فقط گیاهی مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی) <input type="checkbox"/>	۲- تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد <input type="checkbox"/>	۳- روغن نیمه جامد ، جامد یا حیوانی <input type="checkbox"/>

امتیاز: گزینه اول: ۲ امتیاز ، گزینه دوم ۱ امتیاز ، گزینه سوم صفر امتیاز بیشترین امتیاز: ۱۲  
 نمایه توده بدنی +۶-۰ امتیاز = ارجاع به مشاور تغذیه ، نمایه توده بدنی در محدوده اضافه وزن با هر امتیازی = عدم ارجاع به کارشناس تغذیه  
 +آموزش موارد مشکل دار ، نمایه توده بدنی در محدوده چاقی یا کمتر از ۱۸/۵ با هر امتیازی = ارجاع به کارشناس تغذیه

بطور خلاصه موارد ارجاع به کارشناس تغذیه عبارتند از:

۱. Bmi بالاتر از ۳۰ یا کمتر از ۱۸٫۵

۲. امتیاز پرسشنامه ۰-۶



ج) سابقه بیماری ( در صورت سابقه ابتلا به هر یک از موارد زیر، در داخل  علامت  بزنید) توسط پزشک تکمیل شود

۱- تارو	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"/> هپاتیت (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 <input type="checkbox"/> زخم اثنی عشر <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"/> پیلو نفریت 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: توضیح دهید: .....
۱۷- نقص عضو	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیح دهید:
۱۸- سوابق بیمارستانی	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	.....

ج) : معاینات فیزیکی

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود

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 و عروق	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.....
	روان	سالم است <input type="checkbox"/>	وجود یافته غیرطبیعی در معاینه <input type="checkbox"/>	نوع یافته.....
		سایر موارد		
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"/>



