

فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانشجویان

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: ..... شهرستان: .....  
مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه پزشک خانواده ..... خانه بهداشت .....  
نام خانوادگی ..... نام پدر ..... جنس ..... رشته تحصیلی.....



وزن: ..... قد: ..... BMI ..... فشار خون: ..... وضعیت تاهل: ..... در  
صورت تاهل تعداد فرزندان: ..... محل اقامت فعلی: ..... گروه خونی: .....  
شماره تلفن: ..... آدرس محل سکونت: .....

تاریخ تولد ..... / ..... / ..... کد ملی / کد شناسه (اتباع خارجی)

بیماری نیازمند مراقبت ویژه:  ندارد  دیابت  صرع  بیماری قلبی عروقی  آسم  سل  آلرژی  هموفیلی  تالاسمی  سرطان  
 کمبود G6PD  اختلال روانپزشکی  سایر (با ذکر نام بیماری): ..... داروهای مصرفی (بیش از 3 ماه): .....

واکسن دوگانه (توام) بزرگسال (14-16 سالگی):  بلی  خیر  نمی دانم

گزارش نهایی نتایج معاینات پزشک عمومی

تاریخ:

مبتلا به اختلال/ بیماری  نمی باشد  می باشد نوع مشکل / اختلال: .....

نیاز به مراقبت ویژه  ندارد  دارد مراقبت ویژه مورد نیاز

الف/ توصیه ها به: خانواده: .....

ب/ توصیه های مربوطه به فعالیت ورزشی:  برای انجام فعالیت های ورزشی در حال حاضر هیچ گونه محدودیتی ندارد

برای انجام فعالیت های ورزشی محدودیت دارد. علت محدودیت

.....  معاف موقت: علت

..... :

مهر و امضای پزشک  
خانواده/پزشک

اظهار نظر پزشک متخصص

مراجعه کننده مبتلا به بیماری / اختلال نمی باشد

مراجعه کننده مبتلا به بیماری / اختلال

..... می باشد

توصیه های پزشک

متخصص / فوق تخصص و

اقدامات لازم:

.....

تاریخ ..... مهر و امضاء پزشک متخصص / فوق تخصص:

