



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شناسنامه سلامت دانشجو

نام: _____

نام خانوادگی: _____

شماره دانشجویی: _____



شناسنامه سلامت دانشجویان

شماره پرونده	
شماره دانشجویی	
تاریخ تشکیل پرونده	
دانشکده	
رشته قبولی در دانشگاه	



دانشجوی گرامی:

تکمیل این شناسنامه جنبه آشنایی با سوابق پزشکی شما داشته و باتوجه به محرمانه بودن اطلاعات آن، در راستای ارائه خدمات بهداشتی درمانی به شما در طول مدت تحصیل مورد استفاده قرار خواهد گرفت. مطالعه و پاسخ دقیق به سوالات، ما را در این امر یاری می نماید.

الف: مشخصات فردی

این قسمت توسط دانشجو تکمیل شود	
۱- نام و نام خانوادگی: -----	۷- تعداد فرزندان: -----
۲- جنس: مونث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/>	۸- محل اقامت فعلی: خوابگاه <input type="checkbox"/> خانه دانشجویی <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
۳- نام پدر: -----	نشانی و تلفن: -----
۴- محل تولد: -----	۹- تحت پوشش بیمه: خدمات درمانی <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> بانک <input type="checkbox"/> شهرداری <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
۵- تاریخ تولد: -----	۱۰- تحت پوشش بیمه نمی باشد <input type="checkbox"/>
۶- وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>	

ب: سابقه بیماری در خانواده

این قسمت توسط دانشجو تکمیل شود. لطفاً اگر فردی در خانواده شما سابقه مشکلات زیر را دارد "بلی، خیر یا نمی دانم" را 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"/>
۲. بیماری (عروق کرونر) زودرس	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"/>
۳. سکته 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"/>
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"/>
۵. فشار خون 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"/>
		۱۱. تشنج و صرع	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
		۱۲. بیماریهای روان	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
		۱۳. بیماریهای ارثی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
		۱۴. بیماریهای تیروئید (گواتر، پرکاری و کم کاری)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
		۱۵. PCOD	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
		۱۶. سایر	

اینجانب متعهد می گردم در صورتی که بر اساس کتمان در پاسخگویی به سوالات، نقص یا خلی در فرآیند بررسی وضعیت سلامت من ایجاد شود به نوعی که منجر به خسارتهای جسمی، روحی یا معنوی در آینده گردد، پزشک معاینه کننده هیچگونه مسئولیتی بر عهده نخواهد داشت.

نام و نام خانوادگی و امضاء دانشجو:

پ : سابقه بیماری (در صورت سابقه ابتلا به هر یک از موارد زیر، در داخل علامت * بزنید)

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود	
دارو	۱- دارو حساسیت دارویی <input type="checkbox"/> نوع دارویی که به آن حساس هستید-----
بیماری عفونی	۲- سل <input type="checkbox"/> ایدز <input type="checkbox"/> هپاتیت (زردی) <input type="checkbox"/> تب روماتیسمی <input type="checkbox"/> تب مالت <input type="checkbox"/>
بیماری پوست و مو	۳- حساسیت پوستی <input type="checkbox"/> بیماریهای عفونی پوست (قارچ و...) <input type="checkbox"/> ریزش غیرطبیعی مو <input type="checkbox"/> Vitiligo <input type="checkbox"/> گال <input type="checkbox"/> پدیکولوز <input type="checkbox"/>
چشم	۴- حساسیت چشم <input type="checkbox"/> کاهش دید <input type="checkbox"/>
اختلالات خون	۵- کم خونی تایید شده توسط آزمایش خون <input type="checkbox"/> حساسیت به باقلا (فاویسم) <input type="checkbox"/> تالاسمی <input type="checkbox"/> هموفیلی <input type="checkbox"/> سایر موارد (توضیح دهید)-----
گوش، حلق و بینی	۶- کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> سینوزیت <input type="checkbox"/> حساسیت فصلی <input type="checkbox"/> خونریزی مکرر از بینی <input type="checkbox"/> سایر-----
گوارش	۷- Peptic ulcer <input type="checkbox"/> یبوست مزمن <input type="checkbox"/> اسهال مزمن <input type="checkbox"/> IBS <input type="checkbox"/>
ریه	۸- آسم <input type="checkbox"/> سرفه طولانی <input type="checkbox"/>
کاردیومیوپاتی	۹- بیماریهای دریچه ای قلب <input type="checkbox"/> فشارخون بالا <input type="checkbox"/> آریتمی ها <input type="checkbox"/> بیماریهای مادرزادی قلب <input type="checkbox"/>
۱۰- غدد و متابولیسم	دیابت <input type="checkbox"/> پرکاری تیروئید <input type="checkbox"/> کم کاری تیروئید <input type="checkbox"/> چربی خون بالا <input type="checkbox"/> PCOD <input type="checkbox"/>
۱۱- اسکلتی عضلانی	درد کمر <input type="checkbox"/> دردهای مفصلی <input type="checkbox"/> دفرمیتی اندام ها <input type="checkbox"/>
۱۲- کلیه و مجاری ادراری	سنگ کلیه یا مثانه <input type="checkbox"/> ترشح غیرطبیعی از مجرای ادراری <input type="checkbox"/> پیلونفریت مزمن <input type="checkbox"/> عفونت ادراری <input type="checkbox"/>
۱۳- عصبی	میگرن <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> M.S <input type="checkbox"/> سرگیجه دوره ای <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/>
۱۴- روحی و روانی	
۱۵- تناسلی	عفونت های منتقله جنسی (سوزاک، سفلیس، تب خال تناسلی) <input type="checkbox"/> زخم وزگیل <input type="checkbox"/>
۱۶- زنان	واژینیت <input type="checkbox"/> میوم و تومورهای تخمدان <input type="checkbox"/> کیست تخمدان <input type="checkbox"/> توده یا ترشح غیرطبیعی پستان <input type="checkbox"/>
۱۷- نقص عضو	توضیح دهید-----
۱۸- سوابق بیمارستانی	۱- سابقه عمل جراحی <input type="checkbox"/> علت ----- ۲- سابقه بستری شدن <input type="checkbox"/> علت ----- ۳- سابقه تزریق خون <input type="checkbox"/> علت -----
۱۹- موارد دیگر	

ت: Life Style

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود	
۱- تغذیه	دفعات مصرف روزانه میوه و سبزی <input type="checkbox"/> دفعات مصرف غذاهای آماده در هفته <input type="checkbox"/> تنقلات (مثل نوشابه های گازدار، پفک، چیپس و غیره) <input type="checkbox"/> مصرف غذاهای خانگی <input type="checkbox"/>
۲- فعالیت بدنی	کم <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/>
۳- سابقه مصرف	سیگار <input type="checkbox"/> سایر مواد <input type="checkbox"/>

ج: وضعیت ایمن سازی

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود	
۱- آیا واکسن هپاتیت ب دریافت کرده اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
۲- آیا در واکسیناسیون همگانی سرخک و سرخجه در پاییز ۱۳۸۲ واکسن زده اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
۳- آیا در دوره دبیرستان واکسن توام دریافت کرده اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>

ج: معاینات فیزیکی

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود	
نیض ----- تنفس ----- درجه حرارت ----- فشارخون ----- قد ----- وزن ----- BMI -----	
Visual activity بی عینک	OD----- OS----- نیازبه ارجاع -----
Visual activity با عینک	OD----- OS----- نیازبه ارجاع -----
معاینه وضعیت عمومی	چشم
	گوش
	بینی
	حلق
	گردن
	قلب
	ریه
	شکم
	اندام ها
	اعصاب و روان
	پوست
	تناسلی ادراری
	کلیه ها
	ستون مهره ها
	مفاصل
سایر موارد	
توضیح درباره یافته های غیرطبیعی	

ح: معاینه دهان و دندان

این قسمت توسط دندانپزشک تکمیل شود								
Decayed + Missed + Filled +								
Crown DMF								
Oral hygiene	۱. Good		Occlusion	۱. Class ۱		Gingiva	۱. Normal	
	۲. Not bad			۲. Class ۲			۲. Periodontitis	
	۳. Poor			۳. Class ۳			۳. Gingivitis	
نیازبه ارجاع به متخصص: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد نوع تخصص -----								

خ: اظهار نظر پزشک عمومی

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود	
دانشجو	سالم است <input type="checkbox"/> مبتلا به بیماری / اختلال ----- می باشد
نیازبه معاینه تکمیلی و تخصصی	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نیازبه ارجاع به ----- می باشد
نیازبه مراقبت ویژه	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> مراقبت ویژه مورد نیاز ----- می باشد
نیازبه پیگیری	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه پیگیری -----
نیازبه آزمایشات تکمیلی	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه آزمایش -----
نیاز به ارجاع	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه ارجاع -----



وزارت علوم تحقیقات و فناوری
معاونت دانشجویی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت دانشجویی
معاونت سلامت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس

تکمیل و بررسی این شناسنامه منحصراً " توسط پزشکان و مسئولین ذیربط امکان پذیر است.
حفظ و نگهداری آن ضروری و المثنی صادر نمی شود.