



جمهوری اسلامی ایران

شناسنامه سلامت دانشجو

نام:

نام خانوادگی:

شماره دانشجویی:



شناسنامه سلامت دانشجویان

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت دانشجویی
معاونت سلامت
(دفتر سلامت خانواده و جمعیت)

اطلاعات دانشجویی	
کد ملی	
شماره دانشجویی	
تاریخ تشکیل پرونده	
دانشکده	
رشته قبولی در دانشگاه	



دانشجوی گرامی:

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 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

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"/>
جنس: مونث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/>	۱۰- تحت پوشش بیمه: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
نام پدر: -----	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"/>
محل تولد: -----	۱۲- سهمیه: آزاد <input type="checkbox"/> ایثارگر <input type="checkbox"/> بسیج <input type="checkbox"/> خانواده شهدا <input type="checkbox"/> جانباز <input type="checkbox"/> سپاه پاسداران <input type="checkbox"/> نیروی انتظامی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
تاریخ تولد: -----	۱۳- تلفن: ثابت ----- همراه -----
وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>	۱۴- آدرس ایمیل: -----
تعداد فرزندان: -----	۸- دانشجوی بومی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آدرس	آدرس

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"/>	۱۱. تشنج و صرع	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"/>	۱۲. اختلالات روانپزشکی	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"/>	۱۳. بیماریهای ارثی	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"/>	۱۴. بیماریهای تیروئید (کواتر، پرکاری و کم کاری)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
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. PCOD	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>
				۱۶. سایر (توضیح دهید)	

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

نام و نام خانوادگی و امضاء دانشجو:

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود

دارو	حساسیت به: <input type="checkbox"/> پنی سیلین <input type="checkbox"/> آسپیرین <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
بیماری عفونی	مننژیت <input type="checkbox"/> 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	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	حساسیت چشم <input type="checkbox"/> کاهش دید <input type="checkbox"/>
اختلالات خون	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 <input type="checkbox"/>
گوش، حلق و بینی	کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> سینوزیت مزمن <input type="checkbox"/> حساسیت فصلی <input type="checkbox"/> خونریزی مکرر از بینی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
گوارش	Peptic ulcer <input type="checkbox"/> یبوست مزمن <input type="checkbox"/> اسهال مزمن <input type="checkbox"/> IBS <input type="checkbox"/>
ریه	آسم <input type="checkbox"/> آلرژی تنفسی <input type="checkbox"/> عفونت ریه <input type="checkbox"/> سرفه طولانی <input type="checkbox"/>
کاردیومیوپاتی	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	در دکمر <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- مغز و اعصاب	میگرن <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> M.S <input type="checkbox"/> سرگیجه دوره ای <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/>
۱۴- اختلالات روانپزشکی	اختلال وسواسی- اجباری <input type="checkbox"/> اختلال تیک <input type="checkbox"/> اختلال افسردگی اساسی <input type="checkbox"/> اختلالات دو قطبی <input type="checkbox"/> اختلالات اضطرابی <input type="checkbox"/> اختلالات سایکوتیک <input type="checkbox"/>
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- سابقه مصرف	سابقه مصرف سیگار <input type="checkbox"/> سابقه مصرف سایر مواد <input type="checkbox"/>
۱۸- نقص عضو	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۹- 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: ----- ۴- -----
۲۰- موارد دیگر	

ت: شیوه زندگی

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 (۱,۵ ساعت ورزش در هفته) <input type="checkbox"/> شدید (۳,۵ ساعت ورزش در هفته) <input type="checkbox"/>
۳- مصرف دخانیات و سایر موادر در حال حاضر	سیگار <input type="checkbox"/> سایر مواد <input type="checkbox"/>

ج: وضعیت ایمن سازی

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود

بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/>	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؟

چ: معاینات فیزیکی

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود

فشارخون -----		وزن -----	BMI -----
Visual activity بی عینک	OD-----	OS-----	نیاز به ارجاع به متخصص: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
Visual activity با عینک	OD-----	OS-----	نیاز به ارجاع به متخصص: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
معاینه وضعیت عمومی	چشم	یافته غیرطبعی در معاینه <input type="checkbox"/>	
	گوش	یافته غیرطبعی در معاینه <input type="checkbox"/>	
	بینی	یافته غیرطبعی در معاینه <input type="checkbox"/>	
	حلق	یافته غیرطبعی در معاینه <input type="checkbox"/>	
	گردن	یافته غیرطبعی در معاینه <input type="checkbox"/>	
	قلب	یافته غیرطبعی در معاینه <input type="checkbox"/>	
	ریه	یافته غیرطبعی در معاینه <input type="checkbox"/>	
	شکم	یافته غیرطبعی در معاینه <input type="checkbox"/>	
	اندام ها	یافته غیرطبعی در معاینه <input type="checkbox"/>	
	مغز و اعصاب	یافته غیرطبعی در معاینه <input type="checkbox"/>	
	پوست و مو	یافته غیرطبعی در معاینه <input type="checkbox"/>	
	تناسلی ادراری	یافته غیرطبعی در معاینه <input type="checkbox"/>	
	ستون مهره ها	یافته غیرطبعی در معاینه <input type="checkbox"/>	
	مفاصل	یافته غیرطبعی در معاینه <input type="checkbox"/>	
سایر موارد	توضیح دهید -----		
	توضیح درباره یافته های غیرطبعی یافته غیرطبعی در معاینه -----		

ح: معاینه دهان و دندان

وضعیت بهداشت دهان	وضعیت نسج نرم	آیا در روز حداقل دو بار مسواک میزنند؟ <input type="checkbox"/>	آیا در روز حداقل یکبار در روز از نخ دندان استفاده میکند؟ <input type="checkbox"/>
	وضعیت لثه	آیا خونریزی از لثه دارد؟ <input type="checkbox"/>	آیا جرم دندان دارد؟ <input type="checkbox"/>
وضعیت پوسیدگی		آیا ریشه باقیمانده یا دندان کشیده شده دارد؟ <input type="checkbox"/>	آیا آبسه دندانی یا فیستول دارد؟ <input type="checkbox"/>
		آیا دندان درد دارد؟ <input type="checkbox"/>	آیا نیاز به ارجاع فوری به دندانپزشک دارد؟ <input type="checkbox"/>
وضعیت دسترسی به خدمات	آیا دفترچه بیمه دارید؟ <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> کمیته امداد <input type="checkbox"/> بیمه ایرانیان <input type="checkbox"/>		
	سایر بیمه ها: تاریخ آخرین مراجعه به دندانپزشک: علت مراجعه:		

