

جای الصاق عکس

معرفی نامه بدون عکس

فاقد اعتبار می باشد

معرفی نامه معاینات پزشکی

حضور داوطلب در مرحله بررسی ویژگی های جسمانی

آزمون اختصاصی پذیرش دانشجو - معلم سال ۱۴۰۴

سرکار خانم / جناب آقای

رئیس محترم درمانگاه

با سلام و احترام؛

بدینوسیله آقا/ خانم..... فرزند با کد ملی در استان بومی
با مدارک و مستندات پیوست معرفی می گردد. لذا مستدعی است پس از بررسی
ویژگی های جسمانی مطابق دستورالعمل های مربوط نتایج حاصله را **محرمانه** به این دانشگاه منعکس نمایید.

شایان ذکر است که **عدم مراجعه در زمان مقرر** برای بررسی ویژگی های جسمانی به منزله **انصراف** تلقی می گردد.

زمان مراجعه : از روز..... تاریخ/...../۱۴۰۴ لغایت روز..... تاریخ/...../۱۴۰۴

مکان مراجعه :

تذکر مهم: هرگونه اعتراض و رسیدگی نسبت به بررسی ویژگی های جسمانی و روانی در مراجع قانونی صرفاً در مهلت
مقرر برای این مرحله امکان پذیر خواهد بود. بنابراین در صورت عدم تأیید بررسی ویژگی های جسمانی و روانی،
در مهلت مقرر اقدام نماید.

مسئول پذیرش:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء:

نمون برگ شماره ۶

نمون برگ اعلام آمادگی برای انجام معاینات پزشکی

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

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

اینجانب دارای کد ملی نام پدر شماره داوطلبی در آزمون اختصاصی پذیرش دانشجو - معلم سال ۱۴۰۴ اطلاعات نمون برگ های مربوط به ویژگی های 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. و از کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده از سوی 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

نمونه برگ شماره ۷

الف- خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

(این نمونه برگ توسط داوطلب و در حضور پزشک معاین تکمیل و امضا و تحویل پزشک معاین میگردد تا در پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود)

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="radio"/> ۲. مونث <input type="radio"/>	بند ۴. وضعیت تاهل: ۱. مجرد <input type="radio"/> ۲. متاهل <input type="radio"/> ۳. سایر <input type="radio"/>	
بند ۵. نام پردیس / مرکز / سازمان :	بند ۶. نام آخرین مدرسه 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="radio"/> ۲. نرفته ام <input type="radio"/> ۳. دارای معافیت هستم <input type="radio"/> علت معافیت ذکر شود		

الف- (۳) سابقه پزشکی فرد (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۱۴. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟ ۱. اختلالات قلبی و عروقی <input type="radio"/> ۲. احساس خستگی مزمن <input type="radio"/> ۳. دردهای اسکلتی-عضلانی <input type="radio"/> ۴. ناراحتی های گوارشی <input type="radio"/> ۵. فشار خون بالا <input type="radio"/> ۶. سر درد دوره ای <input type="radio"/> ۷. د یابت (بیماری قند) <input type="radio"/> ۸. اختلال کارکرد تیروئید <input type="radio"/> ۹. کم خونی تأیید شده <input type="radio"/> ۱۰. بالا بودن چربی خون <input type="radio"/> ۱۱. تشنج و صرع <input type="radio"/> ۱۲. آسم و سایر بیماری های مزمن تنفسی <input type="radio"/> ۱۳. کاهش شنوایی <input type="radio"/> ۱۴. بیماری های صعب العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و...) <input type="radio"/> ذکر شود..... ۱۵. مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و...) <input type="radio"/> ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان <input type="radio"/> علت..... ۱۷. مشکلات مادرزادی <input type="radio"/> ذکر شود..... ۱۸. معلولیت <input type="radio"/> نوع و علت..... ۱۹- سابقه بیماری های عفونی (سل، هپاتیت B، C، ایدز، تب مالت و...) <input type="radio"/> در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید..... ۲۰. سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم <input type="radio"/> ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بند ۱۵. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟ ۱. درد قفسه سینه <input type="radio"/> ۲. سرگیجه <input type="radio"/> ۳. سرفه <input type="radio"/> ۴. تنگی نفس <input type="radio"/> ۵. هیچکدام <input type="radio"/>
بند ۱۶. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟ ۱. خیر <input type="radio"/> ۲. بلی <input type="radio"/> نام داروها ذکر شود.....
بند ۱۷. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟ ۱. خیر <input type="radio"/> ۲. بلی <input type="radio"/> نام داروها، علت و مدت استفاده ذکر شود.....
بند ۱۸. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر <input type="radio"/> ۲. بلی <input type="radio"/> اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟ ۱. آنتی بیوتیک <input type="radio"/> ۲. مسکن های ساده <input type="radio"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="radio"/> ۴. داروهای آرامبخش <input type="radio"/> ۵. داروهای نیروزا <input type="radio"/> ۶. سایر موارد <input type="radio"/> ذکر شود.....
بند ۱۹- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر و.... داشته اید؟ خیر <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> چه سالی و چه مدت؟ ذکر کنید

بند ۲۰- آیا تا کنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته اید؟ ۱. خیر <input type="radio"/> ۲. بلی <input type="radio"/> چه سالی..... و چه مدت..... آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر <input type="radio"/> ۲. بلی <input type="radio"/>
این سوال مخصوص خانم‌ها می باشد بند ۲۱- سابقه کدام مورد را داشته اید؟ اختلالات هورمونی <input type="radio"/> بلوغ زودرس <input type="radio"/> بلوغ دیررس <input type="radio"/> سابقه یا جراحی بیماری‌های رحمی <input type="radio"/> ناباروری <input type="radio"/> کیست‌های تخمدانی <input type="radio"/> توده یا ترشحات پستانی <input type="radio"/> سایر موارد ذکر کنید.....
بند ۲۲- Rh و گروه خونی شما چیست؟.....

الف-۴) سابقه پزشکی خانواده (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۲۳- کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟ ۱. فشار خون بالا <input type="radio"/> ۲. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال <input type="radio"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="radio"/> ۴. سرطان <input type="radio"/> ۵. مصرف دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان) <input type="radio"/> ۶. بالابودن چربی‌های خون <input type="radio"/> ۷. چاقی <input type="radio"/> ۸. بیماری‌های اعصاب و روان <input type="radio"/> ۹. بیماری‌های کلیوی <input type="radio"/> ۱۰. بیماری‌های روده ای (کولیت اولسرو، کرون) <input type="radio"/>
--

الف-۵) وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۲۴. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟ ۱. خیر <input type="radio"/> ۲. بلی <input type="radio"/> ۳. نمی دانم <input type="radio"/>
بند ۲۵. آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟ ۱. خیر <input type="radio"/> ۲. بلی <input type="radio"/> ۳. نمی دانم <input type="radio"/>
بند ۲۶. آیا در دوره دبیرستان واکسن توام (دیفتری، کزاز) دریافت کرده اید؟ ۱. خیر <input type="radio"/> ۲. بلی <input type="radio"/> ۳. نمی دانم <input type="radio"/>

الف-۶) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل میگردد:

***! ین جا نب.....شماره شناسنامه..... نام پدر.....شماره داوطلبی.....
در آزمون اختصاصی پذیرش دانشجو- معلم در دانشگاه فرهنگیان سال ۱۴۰۴ موارد قید شده 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 هرگونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ای از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد.

نام و نام خانوادگی :
تاریخ:
اثر انگشت و امضاء داوطلب :

ب-۱) قد، وزن، فشار خون، BMI

بند-۴۲. قد (به سانتیمتر) بند-۴۳. وزن به کیلوگرم BMI
بند -۴۴. فشار خون ۱- سیستول: ۲- دیا سیستول: فشار خون بالا (۹۰/۱۴۰ و بالاتر)
۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/>

ب-۲) - اندازه گیری قدرت بینایی :

بند-۴۵. وضعیت بینایی چشم راست: (بدون عینک) ۱- /۱۰ <input type="checkbox"/> ۱۰-۲ ۹/۱۰ <input type="checkbox"/> ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند-۴۶. وضعیت بینایی چشم چپ: (بدون عینک) ۱- /۱۰ <input type="checkbox"/> ۱۰-۲ ۹/۱۰ <input type="checkbox"/> ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند-۴۷. با توجه به وضعیت بینایی مراجعه دانشجو به چشم پزشک توصیه می شود؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/>
بند-۴۸. آیا هر دو چشم سالم است ؟ اگر نه نام بیماری:
بند-۴۹. اگر از عینک استفاده می کنید؟ شماره چشم چپ راست آستیگماتیسم : راست چپ

ب-۳) - معاینه لثه و دندانها:

بند-۵۰. وضعیت بهداشت دندان ها کدام گزینه است؟ ۱. بد <input type="checkbox"/> ۲. متوسط <input type="checkbox"/> ۳. خوب <input type="checkbox"/>
بند-۵۱. وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است؟ ۱. بیماری لثه (پیوره) <input type="checkbox"/> ۲. التهاب لثه <input type="checkbox"/> ۳. طبیعی <input type="checkbox"/>
بند-۵۲. تعداد دندان های پوسیده؟ صفر <input type="checkbox"/> عدد
بند-۵۳. تعداد دندان های پر شده به علت پوسیدگی؟ صفر <input type="checkbox"/> عدد
بند-۵۴. تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی؟ صفر <input type="checkbox"/> عدد
بند-۵۵. با توجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه دانشجو به دندانپزشک توصیه می شود؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/>

ب-۴) معاینات بدنی و بررسی‌های بالینی :

(همکار گرامی لطفاً پیش از معاینه، مروری بر شرح حال باربارا بیتز و لیست بیماری‌های ممنوع پذیرش الاستخدام داشته باشید)

۱. پوست و مو: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۲. سر، صورت و گردن: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۳. چشم و پلکها: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۴. دهان، گوش، حلق و بینی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۵. بیماریهای عفونی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۶. خون و غدد لنفاوی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۷. قفسه سینه: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۸. قلب و عروق طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۹. ریه و تنفس: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۰. شکم و گوارش: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۱. کلیه‌ها و مجاری ادراری: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۲. مغز و اعصاب: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۳. اعصاب و روان: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۴. اندام فوقانی و تحتانی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۵. بیماری‌های روماتولوژی، استخوان، مفاصل و عضلات: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۶. غدد و هورمون‌ها: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۷. معاینات زنان: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....