



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت بهداشت

فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانشجویان

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:

شهرستان: مرکز خدمات سلامت جامعه:

نام نام خانوادگی نام پدر وضعیت تاهل: متاهل ☐ مجرد ☐ (در صورت تاهل تعداد فرزندان ذکر شود)

تعداد فرزندان: ندارد ☐ دارد ☐ ذکر تعداد فرزند:

تاریخ تولد: / / کد ملی:

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 ۳ ماه):

وزن: قد: نمایه توده بدنی: لاغر ☐ طبیعی ☐ اضافه وزن ☐ چاق ☐ فشار خون:

تاریخ: مهر و امضای
مسئول
پایگاه سلامت جامعه / خانه
بهداشت

مشکلات دهان دندان: دارد ☐ ندارد ☐

واکسن دوگانه (توام) بزرگسال (۱۶-۱۴ سالگی): ☐ دریافت کرده است ☐ دریافت نکرده است. تاریخ تلقیح:

گزارش نهایی نتایج معاینات پزشک عمومی

مبتلا به اختلال / بیماری ☐ نمی باشد ☐ می باشد نوع مشکل / اختلال: نیاز به مراقبت ویژه ☐ ندارد ☐ دارد ☐ مراقبت ویژه مورد نیاز

الف / توصیه به دانشجو:

نتایج آزمایش

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: مدت:

تاریخ: مهر و امضای پزشک