فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانشجویان جدیدالورود

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان

شهرستان: ..... مرکزخدمات جامع سلامت /پایگاه سلامت /خانه بهداشت.....

سال تحصیلی ۱۴۰۶-۱۴۰۵

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان
حوزه معاونت بهداشتی

نام نام خانوادگی ..... نام پدر ..... تاریخ تولد...../...../..... کد ملی /کدشناسه اتباع.....

تلفن ثابت .....تلفن همراه .....آدرس محل سکونت.....تاریخ مراقبت.....

قد.....وزن..... نمایه توده بدنی..... لاغری شدید ☐ لاغر☐ طبیعی☐ اضافه وزن ☐ چاق☐

وضعیت بینایی: فاقد مشکل ☐ دارای مشکل: نمره چشم راست.....نمره چشم چپ.....

وضعیت شنوایی فاقد مشکل ☐ دارای مشکل ☐ گوش سمت .....

بیماری نیازمند مراقبت ویژه: بیماری دارد ☐ بیماری ندارد ☐ دیابت ☐ صرع ☐ بیماری قلبی عروقی ☐ آسم ☐ سل ☐

آلرژی ☐ هموفیلی ☐ تالاسمی ☐ سرطان ☐ کمبودG6PD ☐ PKU ☐ اختلالات روانپزشکی ☐

سایر (با ذکر نام بیماری): ..... داروهای مصرفی(بیش از ۳ ماه): .....

گزارش نهایی نتایج معاینات پزشکی عمومی

مبتلا به اختلال/بیماری نمی باشد☐ می باشد ☐ نوع بیماری /اختلال .....

نیاز به مراقبت ویژه ندارد ☐ دارد ☐ مراقبت ویژه مورد نیاز.....

نیاز به ارجاع تخصصی ندارد ☐ دارد☐ نوع تخصص.....

تاریخ، مهر وامضاء پزشک

فعالیت ورزشی: برای انجام فعالیت های ورزشی در حال حاضر هیچ گونه محدودیتی ندارد☐ محدودیت دارد.☐

علت محدودیت.....مدت..... معاف موقت : علت .....مدت.....

دانشجوی گرامی: با توجه به اهمیت معاینات پزشکی و غیر پزشکی در شناسایی و درمان به موقع اختلالات و بیماریها، خواهشمند است با در دست داشتن این فرم و کارت ملی خود در اسرع وقت به مرکزخدمات جامع سلامت/پایگاه /خانه بهداشت محل سکونت خود مراجعه نمایید. **(از مراجعه به پزشک بخش خصوصی خودداری شود)**. فرم تکمیل شده را در مدارک ثبت نام درسایت دانشگاه بارگذاری نمایید و به واحد دانشگاهی تحویل دهید.

مهر و امضاء مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه /خانه بهداشت