

دانشگاه آزاد اسلامی (واحد اصفهان (خوراسگان)) - دانشکده پرستاری و مامایی
کارنامه سلامت جسم و روان دانشجویان کارشناسی جدید ورود سال تحصیلی ۹۸-۹۹

فرم تکمیل شده با رعایت اصل امانت داری و راز داری نزد استاد مشاور شما نگهداری خواهد شد). **استاد مشاور**

اینجانب پذیرفته شده در رشته این فرم را با صداقت کامل تکمیل می نمایم. تاریخ و امضا

الف) مشخصات عمومی

نام و نام خانوادگی:	شماره دانشجویی	تاریخ تولد:	محل تولد:
وضعیت تاهل:	محل سکونت خانواده	تلفن همراه:	نوع دفترچه بیمه:

ب) سابقه پزشکی دانشجو (موارد مشکل دار را علامت زده و در زیر آن توضیح دهید)

بینایی	شنوایی	بویایی	تنفس و ریه
قلب و عروق	کم خونی	دیابت	مغز و اعصاب
صرع	کلیه	اختلالات تیروئید	عضلانی اسکلتی
چربی خون	حساسیت و آسم	عضو مصنوعی در بدن	مشکلات رفتاری و روان
سابقه ضربه مغزی	سابقه شکستگی و تصادف	سابقه مصرف مواد روان گردان و مخدر	سابقه بیماری عفونی مزمن
سابقه عمل جراحی	سابقه بستری در بیمارستان	سابقه مصرف روزانه دارو (نام ببرید)	

توضیحات:

ج) سابقه پزشکی خانواده

در صورتی که در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) بیماری خاصی وجود دارد توضیح دهید:

د) ارزیابی مشاور روان:

الف) سالم <input type="checkbox"/>	ب) نیاز به بررسی بیشتر دارد <input type="checkbox"/>	ج) نیاز ارجاع به متخصص دارد توضیح.....
توضیحات:	نام و نام خانوادگی و امضای ارزیاب:	

ر) وضعیت بینایی

اندازه گیری قدرت بینایی:	الف) طبیعی	ب) اصلاح شده (اعمال جراحی، لنزو...)
وضعیت بینایی چشم راست:	وضعیت بینایی چشم چپ	مهر و امضا ارزیاب
توضیحات		

ز) وضعیت شنوایی

اندازه گیری قدرت شنوایی:	الف) طبیعی	ب) اصلاح شده (اعمال جراحی، سمعک و ..)
وضعیت شنوایی گوش راست:	وضعیت شنوایی گوش چپ:	مهر و امضا ارزیاب

ه) معاینات اولیه:

فشارخون:	قد:	وزن:	BMI:
----------	-----	------	------

س) نتیجه بررسی و معاینه پزشک:

نیاز به ارجاع به متخصص	بررسی سلامت سیستم ها در معاینه
	بینایی گوش و حلق و بینی مغز و اعصاب قلب و عروق سیستم تنفسی سیستم ادراری و تناسلی سیستم گوارش اسکلتی عضلانی اعصاب و روان

ش) آزمایشات و گرافی های درخواست داده شده (توسط پزشک تکمیل گردد)

ص) سایر مشکلات و پیگیری های لازمه و وضعیت کلی سلامت دانشجو (توسط پزشک تکمیل گردد)

مهر و امضا پزشک

ض) وضعیت واکسیانسون هپاتیت ب (توسط استاد مشاور در فرم ها وارد شود)

تیترانتی بادی هپاتیت ب نیاز به واکسن ندارد نیاز به واکسن دارد تیترانتی بادی هپاتیت ب
تاریخ اولین تزریق واکسن تاریخ دومین تزریق واکسن تاریخ سومین تزریق واکسن.....

ط) پیگیری های سلامتی دانشجو (توسط استاد مشاور تکمیل گردد)

تاریخ	وضعیت و پیگیری

امضا استاد مشاور