



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانش آموزان

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: .....

شهرستان: ..... مرکز خدمات سلامت جامعه: .....

نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... محل سکونت:  شهر  روستا

تاریخ تولد: ..... / ..... / .....	کد ملی / کد شناسه (اتباع خارجی)								
-----------------------------------	---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

وزن به کیلوگرم: ..... قد به سانتی متر: .....

سنجش بینایی: چشم راست: ..... چشم چپ: ..... نتیجه: ..... نتیجه دیدرنگ: .....

سنجش شنوایی: گوش راست: ..... گوش چپ: ..... نتیجه تست گفتار: ..... لکت زبان: .....

وضعیت دهان و دندان: دندان پوسیده دندان پر شده لثه ملتهب: ..... مجموعه دندان سالم است: .....

پدیکلوزسر:  دارد  ندارد

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): .....

وضعیت واکسیناسیون از بدو تولد تا ۶ سالگی:  کامل  ناقص  
در صورت ناقص بودن: نوع و نوبت واکسن های ناقص: .....

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 ها به: خانواده: .....  
اولیای مدرسه: .....

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

این قسمت توسط پایگاه سنجش تکمیل شود.

تکمیل شود. این قسمت توسط مراکز سلامت

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود.