

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

شهرستان قدس

مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه سنجش :



نام خانوادگی نام پدر نام نام محل سکونت آدرس محل سکونت تلفن تماس

تاریخ تولد / / کد ملی / کد شناسه (اتباع خارجی)

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 سالگی: کامل ناقص، نوع و نوبت واکسن های ناقص
در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل:

وزن : کیلوگرم قد: سانتی متر اختلال بینایی اختلال شنوایی
مشکلات دهان و دندان مشکلات پوست و مو

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

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

شهرستان قدس

مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه سنجش :



نام خانوادگی نام پدر نام نام محل سکونت آدرس محل سکونت تلفن تماس

تاریخ تولد / / کد ملی / کد شناسه (اتباع خارجی)

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 سالگی: کامل ناقص، نوع و نوبت واکسن های ناقص
در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل:

وزن : کیلوگرم قد: سانتی متر اختلال بینایی اختلال شنوایی
مشکلات دهان و دندان مشکلات پوست و مو

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