

فرم خلاصه نتایج ارزیابی سلامت دانشجویان (جوانان)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی و درمانی استان سمنان

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت:
پایگاه سلامت / خانه بهداشت: نام دانشگاه:

نام و نام خانوادگی نام پدر جنس: دختر پسر تاریخ تولد/...../..... آدرس محل سکونت:
تلفن ثابت: تلفن همراه: کد ملی / کدشناسه اتباع خارجی:

بیماری نیازمند مراقبت ویژه: ندارد. دیابت صرع بیماری قلبی عروقی آسم هموفیلی تالاسمی سرطان G6PD PKU
 اختلال روانپزشکی سایر داروهای مصرفی (بیش از ۳ ماه):

گزارش نهایی نتایج معاینات پزشک عمومی

مبتلا به اختلال / بیماری / نمی باشد می باشد نوع بیماری / اختلال: نیاز به مراقبت ویژه
ندارد دارد
مراقبت ویژه مورد نیاز: توصیه ها :
ب) نیاز به ارجاع تخصصی: ندارد دارد

وضعیت واکسیناسیون:
کارت واکسن: دارد ندارد
(در صورت عدم رویت کارت واکسن، واکسیناسیون از ابتدا آغاز شده و
کارت واکسن صادر شود.)

نیاز به نظر پزشک جهت انجام واکسیناسیون: دارد ندارد
واکسن دوگانه (توام) بزرگسال دریافت کرده است
تاریخ تلقیح: دریافت نکرده است

فعالیت ورزشی: انجام فعالیت ورزشی هیچگونه محدودیتی ندارد انجام فعالیت ورزشی محدودیت دارد.
علت محدودیت معاف موقت علت: مدت:

تاریخ، مهر و امضاء پزشک

تاریخ، مهر و امضاء مسئول پایگاه سلامت جامعه/ خانه بهداشت