

بسمه تعالی

فرم اطلاعات پزشکی دانش آموز

این قسمت توسط اولیای دانش آموز تکمیل شود	
مشصات فردی دانش آموز	
نام خانوادگی:	نام:
نام پدر:	کد ملی:
تاریخ تولد:	محل تولد:
نوع بیمه:	مقطع تحصیلی:
تلفن محل سکونت:	موبایل والدین:
آدرس محل سکونت:	
تلفن اضطراری :	

سابقه بیماری اعضای خانواده (منظور پدر ، مادر، خواهر و برادر می باشد)	
گروه خونی دانش آموز:	سنگ کلیه:
دیابت:	سکته قلبی کمتر از ۵۵ سالگی:
سکته مغزی:	ایدز:
اختلالات ژنتیکی:	چربی خون بالا:
فشار خون بالا:	بیماری تیروئید:
سابقه آسم و آلرژی:	اختلالات روانپزشکی:
سرطان (در صورت مثبت بودن نوع آن ذکر شود):	
هیپاتیت (در صورت مثبت بودن نوع آن ذکر شود):	
سابقه مصرف مواد دخانی و الکل:	

سبک زندگی (عادات سلامت دانش آموز)
وضعیت مسواک زدن: اصلاً مسواک نمی زنم <input type="radio"/> هر چند روز یک بار <input type="radio"/> روزی یک بار <input type="radio"/> روزی دو بار <input type="radio"/> روزی سه بار <input type="radio"/>
معمولاً الگوی خواب و بیداری شما چگونه است؟ <input type="radio"/> داشتن برنامه منظم <input type="radio"/> نداشتن برنامه منظم
در طول شبانه روز معمولاً چند ساعت با کامپیوتر یا سایر ابزارهای کامپیوتری (مانند موبایل، تبلت و ...) سر و کار دارید؟ <input type="radio"/> بیش از چهار ساعت <input type="radio"/> دو تا چهار ساعت <input type="radio"/> کمتر از دو ساعت <input type="radio"/> اصلاً استفاده نمی کنم

سبک عادات غذایی:
چند روز در هفته صبحانه کامل می خورید؟ <input type="radio"/> اصلاً نمی خورم <input type="radio"/> یک یا دو روز <input type="radio"/> سه یا چهار روز <input type="radio"/> تمام روزهای هفته
میزان مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟ (یک سیب متوسط حدود ۱۵۳ گرم است) <input type="radio"/> اصلاً نمی خورم <input type="radio"/> کمتر از ۲۰۰ گرم <input type="radio"/> بیشتر از ۵۰۰ گرم
روزانه چند واحد سبزیجات تازه مصرف می کنید؟ (یک واحد سبزی = یک لیوان سبزی خام مانند سبزی خوردن یا کاهو، نصف لیوان سبزی پخته مانند هویج یا لوبیا سبز) <input type="radio"/> به ندرت <input type="radio"/> یک واحد <input type="radio"/> دو واحد <input type="radio"/> بیشتر از دو واحد
تعداد دفعات استفاده شما از انواع شیرینی (کیک و شکلات و ...) در هفته چقدر هست؟ <input type="radio"/> اصلاً نمی خورم <input type="radio"/> تمام روزهای هفته <input type="radio"/> دو تا سه بار در هفته <input type="radio"/> یک بار هفته
در طول هفته چند روز از نوشابه های گازدار شیرین، آب میوه های صنعتی و ماءالشعیر استفاده می کنید؟ <input type="radio"/> اصلاً نمی خورم <input type="radio"/> یک یا دو روز <input type="radio"/> سه یا چهار روز <input type="radio"/> تمام روزهای هفته
غذاهای آماده یا فست فود در رژیم شما چند روز هفته است؟ <input type="radio"/> اصلاً نمی خورم <input type="radio"/> یک یا دو روز <input type="radio"/> سه یا چهار روز <input type="radio"/> تمام روزهای هفته
روزانه چند واحد لبنیات مصرف می کنید؟ (یک واحد = یک لیوان شیر یا یک لیوان ماست یا دو قوطی کبریت پنیر) <input type="radio"/> اصلاً مصرف نمی کنم <input type="radio"/> یک واحد <input type="radio"/> دو یا سه واحد <input type="radio"/> بیشتر از چهار واحد

سابقه بیماری
کدامیک از حساسیت های ذکر شده را دارید؟ <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/> حساسیت به دارو <input type="checkbox"/> غذا <input type="checkbox"/> محیط (گرده گیاهان، گرد و خاک) <input type="checkbox"/> سایر ذکر گردد:
بیماری عفونی: <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/> مننژیت <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> ایدز <input type="checkbox"/> هپاتیت (زردی) <input type="checkbox"/> مالاریا <input type="checkbox"/> سایر ذکر گردد:
چشم: <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/> کاهش دید <input type="checkbox"/> حساسیت چشم <input type="checkbox"/> انحراف چشم <input type="checkbox"/> تنبلی چشم <input type="checkbox"/> سایر ذکر گردد:
پوست و مو: <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/> حساسیت پوستی <input type="checkbox"/> بیماری های عفونی پوست (قارچ، شوره و...) <input type="checkbox"/> آکنه <input type="checkbox"/> ریزش غیرطبیعی مو <input type="checkbox"/> شوره سر <input type="checkbox"/> سایر ذکر گردد:
اختلالات خون: <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/> کم خونی تأیید شده توسط آزمایش خون <input type="checkbox"/> حساسیت به باقلا (فاویسم) <input type="checkbox"/> تالاسمی مینور <input type="checkbox"/> تالاسمی ماژور <input type="checkbox"/> هموفیلی <input type="checkbox"/> سایر ذکر گردد:
گوش، حلق و بینی: <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/> کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> وزوز گوش <input type="checkbox"/> سینوزیت مزمن <input type="checkbox"/> حساسیت فصلی <input type="checkbox"/> خونریزی مکرر از بینی <input type="checkbox"/> پولیپ بینی <input type="checkbox"/> عفونت مجرای گوش <input type="checkbox"/> درد گوش <input type="checkbox"/> سایر ذکر گردد:
گوارش: <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/> زخم معده زخم اثنی عشر <input type="checkbox"/> - یبوست مزمن <input type="checkbox"/> اسهال مزمن <input type="checkbox"/> سندرم روده تحریک پذیر (IBS) <input type="checkbox"/> رفلاکس <input type="checkbox"/> سوزش و درد سر دل <input type="checkbox"/> ترش کردن <input type="checkbox"/> سایر ذکر گردد:

<p>ریه: <input type="checkbox"/>هیچکدام <input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> آلرژی تنفسی <input type="checkbox"/> عفونت ریه <input type="checkbox"/> سرفه بیش از دو هفته <input type="checkbox"/> سایر ذکر گردد:</p>
<p>بیماری قلبی عروقی: <input type="checkbox"/>هیچکدام <input type="checkbox"/> آریتمی ها <input type="checkbox"/> بیماری های مادرزادی قلب <input type="checkbox"/> طپش قلب <input type="checkbox"/> اختلال دیچه ای قلب <input type="checkbox"/>سایر ذکر گردد:</p>
<p>غدد و متابولیسم: <input type="checkbox"/>هیچکدام <input type="checkbox"/> چربی خون بالا <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> پرکاری تیروئید <input type="checkbox"/> کم کاری تیروئید <input type="checkbox"/> سایر ذکر گردد:</p>
<p>اسکلتی عضلانی: <input type="checkbox"/>هیچکدام <input type="checkbox"/> دفرمیتی اندام ها <input type="checkbox"/> راشیتیس <input type="checkbox"/> دردهای اسکلتی عضلانی <input type="checkbox"/> سایر ذکر گردد:</p>
<p>کلیه و مجاری ادراری: <input type="checkbox"/>هیچکدام <input type="checkbox"/> سنگ کلیه یا مثانه <input type="checkbox"/> عفونت کلیه <input type="checkbox"/> عفونت ادراری <input type="checkbox"/> سایر ذکر گردد:</p>

<p>مغز و اعصاب : <input type="checkbox"/>هیچکدام <input type="checkbox"/> سردرد(میگرن) <input type="checkbox"/> صرع یا تشنج <input type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/> اختلال حرکتی <input type="checkbox"/> سایر ذکر گردد:</p>
<p>اختلالات روانپزشکی: <input type="checkbox"/>هیچکدام <input type="checkbox"/> اختلال وسواس جبری <input type="checkbox"/> اختلال تیک <input type="checkbox"/> اختلال افسردگی <input type="checkbox"/> اختلال دوقطبی <input type="checkbox"/> اختلال اضطرابی <input type="checkbox"/> اختلال شبه جسمی <input type="checkbox"/> هراس(ترس) <input type="checkbox"/> سایر ذکر گردد:</p>
<p>سابقه عمل جراحی:</p>
<p>سابقه بستری شدن:</p>
<p>سابقه تزریق خون:</p>
<p>سایر بیماری ها:</p>

<p>دهان و دندان</p>
<p>دارای دندان پوسیده و نیازمند به ترمیم است؟ <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بله</p>
<p>خونریزی از لثه دارد؟ <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بله</p>
<p>دندان درد دارد؟ <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بله</p>
<p>نیاز به ارجاع فوری به دندان پزشک دارد؟ <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بله</p>

این قسمت توسط پزشک مربوطه تکمیل شود.

Temperature /C :

Weight /KG :

Height /CM :

BMI:

طبقه بندی وضعیت بدن:

○ لاغر ○ طبیعی ○ اضافه وزن

یافته های عمومی بدن:

□ سالم (بدون مشکل) □ خستگی و ضعف □ تب □ تعریق □ کاهش وزن □ بی اشتها □ افزایش

وزن

توضیحات:

مهر و امضای پزشک:

پوست و مو:

□ سالم (بدون مشکل) □ زردی □ آکنه □ خشکی پوست □ تغییرات ناخن □ اگزما □ سایر

توضیحات:

مهر و امضای پزشک:

چشم:

□ سالم (بدون مشکل) □ کاهش یا ضعف دید □ درد و سوزش □ اشک ریزش □ استفاده از عینک

OS

OD

توضیحات:

مهر و امضای پزشک:

گوش:

□ سالم (بدون مشکل) □ کاهش شنوایی □ درد گوش □ جرم گوش

توضیحات:

مهر و امضای پزشک:

دستگاه اسکلتی عضلانی:

سالم (بدون مشکل) درد مفاصل در هنگام فعالیت درد مفاصل در هنگام استراحت اسکولیوز
 لوردوز کیفوز

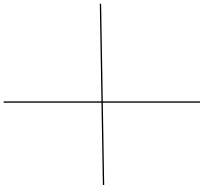
توضیحات:

مهر و امضای پزشک:

دندان پزشک:

فلوراید تراپی دانش آموز بر اساس تعداد دفعات مراجعه:

تعداد دندان پوسیده :



توضیحات:

مهر و امضای پزشک: