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 اضطرای : |

|  |
| --- |
| سابقه بیماری اعضای خانواده ( منظور پدر ، مادر، خواهر و برادر می باشد) |
| گروه خونی دانش آموز: | سنگ کلیه: |
| دیابت: | سکته قلبی کمتر از 55 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): |
| هپاتیت ( 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 هر چند روز یک بار روزی یک بار روزی دو بار روزی سه بار |
| معمولا الگوی خواب و بیداری شما چگونه است؟داشتن برنامه منظم نداشتن برنامه منظم |
| در طول شبانه روز معمولا چند ساعت با کامپیوتر یا سایر ابزارهای کامپیوتری )مانند موبایل,تبلت و ...( سر و کار دارید؟بیش از چهار ساعت دو تا چهار ساعت کمتر از دو ساعت اصلاً استفاده نمی کنم |
|  |
| سبک عادات غذایی: |
| چند روز در هفته صبحانه کامل می خورید؟اصلاً نمی خورم یک یا دو روز سه یا چهار روز تمام روزهای هفته |
| میزان مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟ )یک سیب متوسط حدود 153 گرم است(اصلاً نمی خورم کمتر از 200 گرم  بیشتر از 500 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(به ندرت یک واحد دو واحد بیشتر از دو واحد |
| تعداد دفعات استفاده شما از انواع شیرینی )کیک و شکلات و ...( در هفته چقدر هست؟اصلاً نمی خورم تمام روزهای هفته دو تا سه بار در هفته یک بار هفته |
| در طول هفته چند روز از نوشابه های گازدار شیرین،آب میوه های صنعتی و ماءالشعیر استفاده می کنید؟اصلاً نمی خورم یک یا دو روز سه یا چهار روز تمام روزهای هفته |
| غذاهای آماده یا فست فود در رژیم شما چند روز هفته است؟اصلاً نمی خورم یک یا دو روز سه یا چهار روز تمام روزهای هفته |
| روزانه چند واحد لبنیات مصرف می کنید؟ )یک واحد = یک لیوان شیر یا یک لیوان ماست یا دو قوطی کبریت پنیر(اصلاً مصرف نمی کنم یک واحد دو یا سه واحد بیشتر از چهار واحد |
|  |
| سابقه بیماری |
| کدامیک از حساسیت های ذکر شده را دارید؟ هیچکدام حساسیت به دارو غذا  محیط )گرده گیاهان، گرد و خاک( سایر ذکر گردد: |
| بیماری عفونی: هیچکدام مننژیت سل ایدز هپاتیت )زردی) مالاریا سایر ذکر گردد: |
| چشم: هیچکدام کاهش دید حساسیت چشم انحراف چشم تنبلی چشم سایرذکر گردد: |
| پوست و مو: هیچکدام حساسیت پوستی بیماری های عفونی پوست )قارچ، شوره و ...( آکنه ریزش غیرطبیعی مو شوره سر سایر ذکر گردد: |
| اختلالات خون: هیچکدام کم خونی تأیید شده توسط آزمایش خون حساسیت به باقلا )فاویسم(  تالاسمی مینور تالاسمی ماژور هموفیلی سایر ذکر گردد: |
| گوش، حلق و بینی: هیچکدام کاهش شنوایی وزوز گوش سینوزیت مزمن حساسیت فصلی خونریزی مکرر از بینی پولیپ بینی عفونت مجرای گوش درد گوش سایرذکر گردد: |
|  گوارش: هیچکدام زخم معده زخم اثنی عشر - یبوست مزمن اسهال مزمن  سندرم روده تحریک پذیر(IBS)  رفلاکس  سوزش و درد سر دل  ترش کردن سایر ذکر گردد: |
| ریه:هیچکدام آسم آلرژی تنفسی عفونت ریه سرفه بیش از دو هفته سایر ذکر گردد: |
| بیماری قلبی عروقی:هیچکدام آریتمی ها بیماری های مادرزادی قلب طپش قلب اختلال دیچه ای قلب سایر ذکر گردد: |
| غدد و متابولیسم:هیچکدام چربی خون بالا دیابت پرکاری تیروئید کم کاری تیروئید سایر ذکر گردد: |
| اسکلتی عضلانی:هیچکدام دفرمیتی اندام ها راشیتیسم دردهای اسکلتی عضلانی سایر ذکر گردد: |
| کلیه و مجاری ادراری:هیچکدام سنگ کلیه یا مثانه عفونت کلیه عفونت ادراری سایر ذکر گردد: |
|  |
| مغز و اعصاب:هیچکدام سردرد )میگرن ) صرع یا تشنج سرگیجه اختلال حرکتی سایر ذکر گردد: |
| اختلالات روانپزشکی:هیچکدام اختلال وسواس جبری اختلال تیک اختلال افسردگی اختلال دوقطبی اختلال اضطرابی اختلال شبه جسمی هراس(ترس) سایر ذکر گردد: |
| سابقه عمل جراحی: |
| سابقه بستری شدن: |
| سابقه تزریق خون: |
| سایر بیماری ها: |
| دهان و دندان  |
| دارای دندان پوسیده و نیازمند به ترمیم است؟ خیر بله |
| خونریزی از لثه دارد؟خیر بله |
| دندان درد دارد؟خیر بله |
| نیاز به ارجاع فوری به دندان پزشک دارد؟خیر بله |

|  |
| --- |
| 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 اشتهایی افزایش وزنتوضیحات: مهر و امضای پزشک: |
| پوست و مو:سالم )بدون مشکل( زردی آکنه خشکی پوست تغییرات ناخن اگزما سایرتوضیحات: مهر و امضای پزشک: |
| چشم:سالم )بدون مشکل( کاهش یا ضعف دید درد و سوزش اشک ریزش استفاده از عینک OSOD توضیحات: مهر و امضای پزشک:  |
| گوش:سالم )بدون مشکل( کاهش شنوایی درد گوش جرم گوشتوضیحات: مهر و امضای پزشک: |
| دستگاه اسکلتی عضلانی:سالم )بدون مشکل( درد مفاصل در هنگام فعالیت درد مفاصل در هنگام استراحت اسکولیوزلوردوز کیفوزتوضیحات: مهر و امضای پزشک: |

|  |
| --- |
| دندان پزشک:فلوراید تراپی دانش آموز بر اساس تعداد دفعات مراجعه:تعداد دندان پوسیده :توضیحات: مهر و امضای پزشک: |