

نمون برگ شماره ۵

خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

(این نمونه برگ توسط داوطلب و در حضور پزشک معاین تکمیل و امضا و تحویل پزشک معاین می‌شود تا در پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود)

(۱) مشخصات عمومی داوطلب: شایان ذکر است محتویات این پرسشنامه و معاینات کاملاً محرمانه می‌باشد

بند ۱. نام و نام خانوادگی:	بند ۲. متولد:/...../۱۳.....	کد ملی:
بند ۳. جنسیت: ۱. مذکر ☐ ۲. مؤنث ☐	بند ۴. وضعیت تأهل: ۱. مجرد ☐ ۲. متأهل ☐ ۳. سایر ☐	
بند ۵. نام پردیس / مرکز/ سازمان :	بند ۶. نام آخرین مدرسه که تحصیل کرده اید:	
بند ۷. گروه آزمایشی معرفی شده :		
بند ۸. آدرس پست الکترونیک: (ایمیل)		
بند ۹. شماره تلفن ثابت و همراه:		
بند ۱۰. خدمت سربازی ۱. رفته‌ام ☐ ۲. نرفته‌ام ☐ ۳. دارای معافیت هستم ☐ علت معافیت نوشته شود		

(۲) سابقه پزشکی فرد (توسط داوطلب تکمیل شود)

بند ۱۴. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟
۱. اختلالات قلبی و عروقی ☐ ۲. احساس خستگی مزمن ☐ ۳. دردهای اسکلتی_عضلانی ☐ ۴. ناراحتی‌های گوارشی ☐ ۵. فشار خون بالا ☐ ۶. سر درد دوره ای ☐ ۷. د. یابت (بیماری قند) ☐ ۸. اختلال کارکرد تیروئید ☐ ۹. کم خونی تأیید شده ☐ ۱۰. بالا بودن چربی خون ☐ ۱۱. تشنج و صرع ☐ ۱۲. آسم و سایر بیماری‌های مزمن تنفسی ☐ ۱۳. کاهش شنوایی ☐ ۱۴. بیماری‌های صعب العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و...) ☐ ذکر شود..... ۱۵. مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و...) ☐ ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان ☐ علت..... ۱۷. مشکلات مادرزادی ☐ ذکر شود..... ۱۸. معلولیت ☐ نوع و علت..... ۱۹- سابقه بیماری‌های عفونی (سل، هپاتیت C, B، ایدز، تب مالت و...) ☐ در صورت ابتلاء هر کدام بنویسید..... ۲۰. سابقه هیچکدام از بیماری‌های فوق را ندارم ☐ ۲۱. آیا در دیدن رنگ‌ها مشکل دارید؟ بله ☐ خیر ☐ ۲۲. سابقه بیماری‌های مزمن اسکروزان پلاک ☐ بله ☐ خیر ☐ پارکینسون ☐ بله ☐ خیر ☐ دیابت ☐ بله ☐ خیر ☐ سیروز کبدی ☐ بله ☐ خیر ☐
بند ۱۵. هنگام انجام فعالیت‌های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می‌شوید؟
۱. درد قفسه سینه ☐ ۲. سرگیجه ☐ ۳. سرفه ☐ ۴. تنگی نفس ☐ ۵. هیچکدام ☐
بند ۱۶. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟
۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ نام داروها ذکر شود.....
بند ۱۷. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟
۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ نام داروها، علت و مدت استفاده ذکر شود.....
بند ۱۸. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می‌کنید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐
اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می‌کنید؟
۱. آنتی بیوتیک ☐ ۲. مسکن‌های ساده ☐ ۳. دیابت (بیماری قند) ☐ ۴. داروهای آرامبخش ☐ ۵. داروهای نیروزا ☐ ۶. سایر موارد ☐ ذکر شود.....

بند ۱۹- آیا تاکنون سابقه‌ای از مصرف مواد مخدر و.... داشته اید؟ خیر ☐ بلی ☐ چه سالی و چه مدت؟ بنویسید.....
بند ۲۰- آیا تا کنون سابقه‌ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ چه سالی..... و چه مدت..... آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐
این سوال مخصوص خانم‌ها می‌باشد بند ۲۱- سابقه کدام مورد را داشته اید؟ اختلالات هورمونی ☐ بلوغ زودرس ☐ بلوغ دیررس ☐ سابقه یا جراحی بیماری‌های رحمی ☐ ناباروری ☐ کیست‌های تخمدانی ☐ توده یا ترشحات پستانی ☐ سایر موارد ذکر کنید.....
بند ۲۲- Rh و گروه خونی شما چیست؟.....

۳) سابقه پزشکی خانواده (توسط داوطلب تکمیل شود)

بند ۲۳- کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟ ۱. فشار خون بالا ☐ ۲. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال ☐ ۳. دیابت (بیماری قند) ☐ ۴. سرطان ☐ ۵. مصرف دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان) ☐ ۶. بالا بودن چربی‌های خون ☐ ۷. چاقی ☐ ۸. بیماری‌های اعصاب و روان ☐ ۹. بیماری‌های کلیوی ☐ ۱۰. بیماری‌های روده‌ای (کولیت اولسرو، کرون) ☐

۴) وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل شود)

بند ۲۴. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی دانم ☐
بند ۲۵. آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی دانم ☐
بند ۲۶. آیا در دوره دبیرستان واکسن توام (دیفتری، کزاز) دریافت کرده اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ ۳. نمی دانم ☐

۵) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل می‌شود:

اینجانب..... شماره شناسنامه نام پدر شماره داوطلبی در آزمون اختصاصی پذیرش دانشجوی- معلم سال ۱۴۰۵ موارد قید شده را صادقانه و با دقت تکمیل کرده و صحت تمامی مندرجات آن را به عهده می‌گیرم و به این موضوع آگاهی کامل دارم که درج هرگونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله‌ای از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد.

نام و نام خانوادگی : تاریخ: اثر انگشت و امضاء داوطلب :
--

جای الصاق عکس

معرفی نامه بدون عکس

فاقد اعتبار می باشد

معرفی نامه برای حضور در مرحله بررسی ویژگی های جسمانی (معاینات پزشکی)

آزمون اختصاصی پذیرش دانشجو- معلم سال ۱۴۰۵

سرکار خانم / جناب آقای

رئیس محترم درمانگاه.....

با سلام و احترام

به اطلاع می رساند مدارک و مستندات مربوط به آزمون اختصاصی پذیرش دانشجو- معلم سال ۱۴۰۵ آقا/ خانم.....
فرزند با کد ملی در استان بومی بررسی و مورد تایید قرار
گرفت. لذا بررسی ویژگی های جسمانی نامبرده مطابق دستورالعمل های مربوط از نظر کارگروه بررسی مدارک و مستندات بلامانع
است.

شایان ذکر است که عدم مراجعه در زمان مقرر برای بررسی ویژگی های جسمانی به منزله انصراف تلقی می شود.

زمان مراجعه : از روز..... تاریخ/...../۱۴۰۵ لغایت روز..... تاریخ/...../۱۴۰۵

مکان مراجعه :

تذکر مهم: هرگونه اعتراض و رسیدگی نسبت به بررسی ویژگی های جسمانی و روانی در مراجع قانونی صرفاً در مهلت مقرر برای
این مرحله امکان پذیر خواهد بود. بنابراین در صورت عدم تأیید بررسی ویژگی های جسمانی و روانی، در مهلت مقرر اقدام نماید.

مسئول پذیرش:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء:

قد، وزن، فشار خون، BMI

بند-۴۲. قد (به سانتیمتر).....
بند-۴۳. وزن به کیلوگرم..... BMI.....
بند-۴۴. میزان شنوایی (ادیومتري)
بند -۴۵. فشار خون ۱- سیستول:..... ۲- دیا سیستول:..... فشار خون بالا (۹۰/۱۴۰ و بالاتر) ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐

قدرت بینایی

بند-۴۶. وضعیت بینایی چشم راست: (بدون عینک) ۱- ۱۰/۱۰ ☐ ۲- ۹/۱۰ ☐ ۳- ۸/۱۰ و کمتر ☐
بند-۴۷. وضعیت بینایی چشم چپ: (بدون عینک) ۱- ۱۰/۱۰ ☐ ۲- ۹/۱۰ ☐ ۳- ۸/۱۰ و کمتر ☐
بند-۴۸. با توجه به وضعیت بینایی مراجعه دانشجو به چشم پزشک توصیه می شود؟ ۱- خیر ☐ ۲- بلی ☐
بند-۴۹. آیا هر دو چشم سالم است ؟ اگر نه نام بیماری:.....
بند-۵۰. اگر از عینک استفاده می کنید ؟ شماره چشم چپ راست آستیگماتیسم : راست چپ

معاینه لثه و دندانها:

بند ۵۱- وضعیت بهداشت دندان ها کدام گزینه است ؟ ۱. بد ☐ ۲. متوسط ☐ ۳. خوب ☐
بند ۵۲- وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است ؟ ۱. بیماری لثه (پیوره) ☐ ۲. التهاب لثه ☐ ۳. طبیعی ☐
بند ۵۳- تعداد دندان های پوسیده ؟ صفر ☐ عدد
بند ۵۴- تعداد دندان های پر شده به علت پوسیدگی ؟ صفر ☐ عدد
بند ۵۵- تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی ؟ صفر ☐ عدد
بند ۵۶- با توجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه دانشجو به دندانپزشک توصیه می شود؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐
بند ۵۶-

(همکار گرامی لطفاً پیش از معاینه، مروری بر شرح حال باربارایتز و لیست بیماری‌های ممنوع پذیرش الاستخدام داشته باشید)

۱. پوست و مو: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۲. سر، صورت و گردن: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۳. چشم و پلک‌ها: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۴. دهان، گوش، حلق و بینی: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۵. بیماری‌های عفونی: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۶. خون و غدد لنفاوی: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۷. قفسه سینه: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۸. قلب و عروق طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۹. ریه و تنفس: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۱۰. شکم و گوارش: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۱۱. کلیه‌ها و مجاری ادراری: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۱۲. مغز و اعصاب: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۱۳. اعصاب و روان: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۱۴. اندام فوقانی و تحتانی: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۱۵. بیماری‌های روماتولوژی، استخوان، مفاصل و عضلات: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۱۶. غدد و هورمون‌ها: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....
۱۷. معاینات زنان: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ ، ذکر شود.....

اظهار نظر پزشک معتمد در پایان انجام معاینات

عکس داوطلب

به کارگروه ارزیابی شایستگی های معلمی استان.....

آقا / خانم رشته

کد ملی

۱. از نظر جسمی و روانی توانایی کار معلمی را دارد. ☐

۲. از نظر جسمی و روانی توانایی کار معلمی را به دلایل زیر :

.....
.....

☐ ندارد

تاریخ، امضاء و مهر
پزشک متعهد آموزش و پرورش

مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص عدم رعایت ضوابط و مفاد لیست بیماری هایی که ممنوعیت استخدام در آموزش و پرورش را دارند، در تعهد پزشک تأیید کننده این فرم می باشد.

تذکر (۱) : صدور نمونه برگ شماره ۹ (نمونه برگ ارجاع به پزشک متخصص) در این مرحله برای همه داوطلبان ضرورت ندارد و صرفاً برای افرادی ارائه شود که نظر پزشک متخصص برای اظهار نظر نهایی ضرورت داشته باشد.

تذکر (۲) : صدور حکم استخدام مشروط به سالم بودن در آزمایشات بدو استخدام می باشد.

عکس دانشجو
ممه‌ور به مهر پزشک
معاین

همکار محترم پزشک متخصص / فوق تخصص جناب آقای / سرکار خانم دکتر.....
بدین وسیله صاحب عکس ممه‌ور آقای / خانم فرزند..... به شماره
ملی..... برای بررسی و معاینه و اظهارنظر در خصوص موضوع زیر معرفی
می‌شود، لطفاً نتایج بررسی و اظهارنظر به صورت محرمانه گزارش شود:

.....
.....
.....

تاریخ، امضاء و مهر پزشک معتمد آموزش و پرورش :

همکار محترم جناب آقای / سرکار خانم دکتر.....
بدینوسیله آقای / خانم صاحب عکس ممه‌ور فوق الذکر مورد بررسی و معاینه کامل قرار گرفت
و نتایج به شرح زیر اعلام می‌شود:

.....
.....
.....

تاریخ، امضا و مهر پزشک متخصص :

**مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص مفاد اعلام نظر، با پزشک تأیید کننده این فرم می‌باشد.

شورای پزشکی درمانگاه فرهنگیان استان.....

باسلام واحترام؛ در راستای بند « ز » آیین نامه اجرائی ماده ۴۲ قانون مدیریت خدمات کشوری، بدین وسیله آقای/خانم فرزند..... باکد ملی (صاحب عکس مهجور) که به استناد نامه شماره تاریخ..... سازمان/ اداره بهزیستی دارای معلولیت بوده و در ردیف معرفی شدگان چندبرابر ظرفیت آزمون اختصاصی پذیرش دانشجو- معلم سال ۱۴۰۵ می باشند به آن شورا معرفی می شود.

خواهشمند است مطابق ضوابط ومقررات مربوط، درخصوص تصدی نامبرده صرفاً در مشاغل آموزشی ازطریق پذیرش دانشجو- معلم بررسی و اظهارنظر نمایید.

نام و نام خانوادگی
رئیس دانشگاه فرهنگیان استان
امضاء و مهر

نام و نام خانوادگی
پزشک معتمدآموزش و پرورش
امضاء و مهر

بدین وسیله ویژگی های جسمانی آقا/خانم مورد بررسی این شورا قرارگرفت و اعلام می دارد نامبرده دارای معلولیت ها و محدودیت های برای تصدی صرفاً مشاغل آموزشی (گروه معلم) ازطریق پذیرش دانشجو- معلم می باشد برای بررسی و اعلام نظر معرفی می شود.

نام و نام خانوادگی (رئیس شورای پزشکی) امضاء ومهر

با توجه به گزارش شورای پزشکی وتطبیق ویژگی های جسمانی داوطلب با توجه به به شرایط احراز پذیرش دانشجو-معلم بدین وسیله اعلام می دارد : اقا/ خانم برای احراز مشاغل آموزشی تأیید می شود ☐ به دلیل تأیید نمی شود ☐

نام و نام خانوادگی امضاء ومهر
نام و نام خانوادگی امضاء ومهر
نام و نام خانوادگی امضاء ومهر

۱) نماینده دانشگاه فرهنگیان استان
۲) نماینده مدیریت آموزش وپرورش استثنایی
۳) نماینده معاونت پژوهش، برنامه ریزی و توسعه منابع استان