

فرم خلاصه نتایج ارزیابی سلامت دانشجویان (دکتری تخصصی)



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 / دانشکده محل تحصیل:

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

بیماری نیازمند مراقبت ویژه: ندارد. دیابت صرع بیماری قلبی عروقی آسم هموفیلی تالاسمی سرطان G1PD PKU
 اختلال روانپزشکی سایر: داروهای مصرفی (بیش از ۳ ماه):

وضعیت واکسیناسیون:
کارت واکسن: دارد ندارد
(در صورت عدم رؤیت کارت واکسن، واکسیناسیون از ابتدا آغاز شده و کارت واکسن صادر شود.)
نیاز به نظر پزشک جهت انجام واکسیناسیون: دارد ندارد
واکسن دوگانه (توأم) بزرگسال دریافت کرده است.
 دریافت نکرده است تاریخ تلقیح:

تاریخ:
مهر و امضاء مسئول پایگاه سلامت جامعه / خانه بهداشت
مهر و امضاء پزشک
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:
- نیاز به ارجاع تخصصی: ندارد دارد