



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

سازمان امور دانشجویان

مراکز بهداشت و درمان
دانشگاه‌های سراسر کشور

دفتر مشاوره و سلامت

طرح کارنامه سلامت جسم دانشجویان ورودی جدید در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳

شماره پرونده	
شماره دانشجویی	
تاریخ تشکیل پرونده	

دانشجوی گرامی

حضور شما را در دانشگاه، مهد علم و اندیشه، گرامی می‌داریم.

پرسشنامه‌ی حاضر، همانند سال‌های گذشته توسط دفتر مشاوره و سلامت، به منظور بررسی سلامت تمامی دانشجویان دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری طراحی شده است. براساس تعهدات حرفه‌ای پزشکان و سایر کادر بهداشتی درمانی محرمانه بودن پاسخ‌ها به‌طور کامل رعایت می‌گردد و پرسشنامه‌ها صرفاً توسط دفتر مشاوره و سلامت به منظور تعیین وضعیت کلی سلامت جسمی دانشجویان دانشگاه‌های کشور و نیز توسط مرکز بهداشت و درمان هر دانشگاه برای برنامه‌ریزی اقدامات ارتقاء بهداشت جسمانی دانشجویان مورد استفاده قرار می‌گیرند. با توجه به اهمیت اهداف طرح، خواهشمند است سؤالات زیر را مطالعه و به دقت همه آنها را پاسخ دهید. در صورت وجود هرگونه ابهام در سؤالات می‌توانید از همکاران مرکز بهداشت و درمان کمک بگیرید. پیشاپیش از همکاری صادقانه و دقت نظر شما دانشجوی عزیز سپاسگزار می‌شود.

توجه داشته باشید در صورتی که براساس کتمان در پاسخگویی به سؤالات، نقص یا خللی در فرآیند معاینه ایجاد شود به نوعی که منجر به خسارت‌های جسمی، روحی یا معنوی در آینده گردد، مرکز بهداشت و درمان هیچگونه مسؤولیتی بر عهده نخواهد داشت.

امضاء دانشجو

۱- مشخصات عمومی دانشجو

۱. نام و نام خانوادگی:	۲. سن (به سال):
۳. جنسیت: ۱- مذکر <input type="checkbox"/> ۲- مؤنث <input type="checkbox"/>	۴. وضعیت تأهل: ۱- مجرد <input type="checkbox"/> ۲- متأهل <input type="checkbox"/> ۳- سایر <input type="checkbox"/> ذکر گردد
۵. نام دانشگاه:	۶. نام دانشکده:
۷. محل تولد (استان):	۸. ملیت: (برای دانشجویان غیر ایرانی)
۹. گروه خونی:	۱۰. رشته تحصیلی پذیرفته شده:
۱۱. نوع پذیرش در دانشگاه: ۱- روزانه <input type="checkbox"/> ۲- شبانه/نوبت دوم <input type="checkbox"/>	
۱۲. مقطع تحصیلی پذیرفته شده در دانشگاه: ۱- فوق دیپلم <input type="checkbox"/> ۲- کارشناسی <input type="checkbox"/> ۳- کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> ۴- دکترای حرفه‌ای <input type="checkbox"/> ۵- دکترای تخصصی <input type="checkbox"/>	
۱۳. نوع سهمیه پذیرفته شده: ۱- مناطق <input type="checkbox"/> ۲- خانواده شهدا <input type="checkbox"/> ۳- جانباز <input type="checkbox"/> ۴- سایر <input type="checkbox"/> ذکر گردد	
۱۴. آدرس پست الکترونیک (ایمیل):	شماره تلفن ثابت / همراه:
۱۵. پیش بینی می‌کنید طی تحصیل در کجا سکونت دارید؟ ۱- با خانواده <input type="checkbox"/> ۲- در خوابگاه <input type="checkbox"/> ۳- در خانه اجاره‌ای با دوستان <input type="checkbox"/> ۴- در خانه اجاره‌ای به تنهایی <input type="checkbox"/>	
۱۶. آدرس (محل سکونت فعلی):	
۱۷. دارای دفترچه بیمه: ۱- خدمات درمانی <input type="checkbox"/> ۲- تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> ۳- نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> ۴- بانک، شهرداری و غیره <input type="checkbox"/> ۵- بدون بیمه <input type="checkbox"/>	

۲- سوابق مواجهه با عوامل زیان آور محیطی:

۱۸. آیا تاکنون با موارد ذیل سروکار داشته اید؟
۱- سروصدای بیش از حد مجاز <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً منبع آن ذکر گردد _____
۲- ارتعاشات <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً منبع آن ذکر گردد _____
۳- اشعه <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً منبع آن ذکر گردد _____
۴- مواد شیمیایی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً نام آن ذکر گردد _____
۵- مواد بیولوژیکی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً نام آن ذکر گردد _____
۱۹. آیا در حال حاضر غیر از تحصیل، شاغل می‌باشید؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/> لطفاً نام شغل و وظیفه شما در شغل ذکر گردد _____
۲۰. آیا تاکنون دوره آموزشی مرتبط با ایمنی در محیط آزمایشگاه یا کارگاه را گذرانده اید؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/> لطفاً نام دوره، مدت و محل آن ذکر گردد... ۳- با توجه به رشته تحصیلی قبلی ام نیازی به این دوره نداشته ام <input type="checkbox"/>

موارد زیر توسط دانشجو تکمیل می گردد

۳- عادات سلامت فردی

۲۱. در طول یک هفته، چندروز حداقل به مدت سی دقیقه فعالیت بدنی دارید؟ (ورزش متوسط مانند پیاده روی سریع، شناکردن یا دوچرخه سواری و...)	۱- اصلاً ندارم <input type="checkbox"/> ۲- یک یا دو روز <input type="checkbox"/> ۳- سه یا چهار روز <input type="checkbox"/> ۴- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>
۲۲. در شبانه روز چند بار مسواک می زنید؟	۱- اصلاً مسواک نمی زنم <input type="checkbox"/> ۲- هر چند روز یکبار <input type="checkbox"/> ۳- یک بار <input type="checkbox"/> ۴- دو بار <input type="checkbox"/> ۵- سه بار <input type="checkbox"/>
۲۳. معمولاً الگوی خواب و بیداری شما چگونه است؟	۱- نداشتن برنامه منظم <input type="checkbox"/> ۲- داشتن برنامه منظم <input type="checkbox"/>
۲۴. بطور متوسط در شبانه روز چند ساعت می خوابید؟	۱- بیش از ۱۰ ساعت <input type="checkbox"/> ۲- ۸-۱۰ ساعت <input type="checkbox"/> ۳- ۶-۸ ساعت <input type="checkbox"/> ۴- کمتر از ۶ ساعت <input type="checkbox"/>
۲۵. کدام یک از گزینه های زیر در مورد سیگار کشیدن در رابطه با شما صدق می کند؟ (در هفته)	۱- بیش از ده نخ <input type="checkbox"/> ۲- کمتر از ده نخ <input type="checkbox"/> ۳- به طور مودری مصرف می کنم <input type="checkbox"/> ۴- اصلاً مصرف نمی کنم <input type="checkbox"/>
۲۶. کدامیک از موارد ذیل در مورد مصرف قلیان برای شما صدق می کند؟ (در هفته)	۱- بیش از دو بار <input type="checkbox"/> ۲- یک تا دو بار <input type="checkbox"/> ۳- به طور مودری مصرف می کنم <input type="checkbox"/> ۴- اصلاً مصرف نمی کنم <input type="checkbox"/>
۲۷. در طول شبانه روز معمولاً چند ساعت با کامپیوتر یا سایر ابزار های کامپیوتری (مانند موبایل، تبلت، xbox و...) سروکار دارید؟	۱- بیش از چهار ساعت <input type="checkbox"/> ۲- دو تا چهار ساعت <input type="checkbox"/> ۳- کمتر از دو ساعت <input type="checkbox"/> ۴- اصلاً استفاده نمی کنم <input type="checkbox"/>

۴- عادات غذایی:

۲۸. چند روز در هفته وعده کامل صبحانه می خورید؟ (صبحانه کامل شامل غلات یا کربوهیدرات مانند نان، لبنیات یا غذاهای کلسیم دار مانند پنیر و میوه می باشد)	۱- اصلاً نمی خورم <input type="checkbox"/> ۲- یک یا دو روز <input type="checkbox"/> ۳- سه یا چهار روز <input type="checkbox"/> ۴- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>
۲۹. میزان مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟ (یک سیب متوسط حدود ۱۵۰ گرم است)	۱- اصلاً میوه نمی خورم <input type="checkbox"/> ۲- کمتر از ۲۰۰ گرم <input type="checkbox"/> ۳- ۲۰۰ تا ۵۰۰ گرم <input type="checkbox"/> ۴- بیشتر از ۵۰۰ گرم <input type="checkbox"/>
۳۰. چند واحد سبزیجات تازه روزانه مصرف می کنید؟ (یک واحد سبزی = یک لیوان سبزی خام مانند سبزی خوردن یا کاهو، نصف لیوان سبزی پخته مانند هویج یا لوبیاسبز)	۱- به ندرت <input type="checkbox"/> ۲- یک واحد <input type="checkbox"/> ۳- دو واحد <input type="checkbox"/> ۴- بیشتر از دو واحد <input type="checkbox"/>
۳۱. تعداد دفعات استفاده شما از انواع شیرینی (کیک، شکلات و ...) در هفته چقدر است؟	۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/> ۲- دو یا سه بار در هفته <input type="checkbox"/> ۳- یک بار در هفته <input type="checkbox"/> ۴- اصلاً نمی خورم <input type="checkbox"/>
۳۲. تعداد دفعات استفاده شما از تنقلات (پفک، پفیلا و ...) در هفته چقدر است؟	۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/> ۲- دو یا سه بار در هفته <input type="checkbox"/> ۳- یک بار در هفته <input type="checkbox"/> ۴- اصلاً مصرف نمی کنم <input type="checkbox"/>
۳۳. در طول هفته چند بار از نوشابه های گازدار شیرین، آبمیوه های صنعتی و ماء الشعیر استفاده می کنید؟	۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/> ۲- یک یا دو روز در هفته <input type="checkbox"/> ۳- به ندرت <input type="checkbox"/>
۳۴. تعداد دفعات استفاده شما از غذاهای آماده (فست فود) در هفته چقدر است؟	۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/> ۲- دو یا سه بار در هفته <input type="checkbox"/> ۳- یک بار در هفته <input type="checkbox"/> ۴- اصلاً مصرف نمی کنم <input type="checkbox"/>
۳۵. روزانه چه میزان لبنیات مصرف می کنید؟ (یک واحد لبنیات برابر با یک لیوان شیر یا ماست یا دو قوطی کبریت پنیر)	۱- اصلاً مصرف نمی کنم <input type="checkbox"/> ۲- یک واحد <input type="checkbox"/> ۳- دو یا سه واحد <input type="checkbox"/> ۴- بیش از سه واحد <input type="checkbox"/>
۳۶. آیا معمولاً هنگام خوردن غذا به آن نمک اضافه می کنید؟	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
۳۷. چه میزان غذای گوشتی و پروتئینی در هفته مصرف می کنید؟ (یک واحد پروتئین برابر است با یک قوطی کبریت گوشت قرمز بدون چربی یا سفید یا ماهی، یک قوطی کبریت پنیر، یک فنجان حبوبات یا یک عدد تخم مرغ)	۱- ۰-۴ واحد <input type="checkbox"/> ۲- ۵-۸ واحد <input type="checkbox"/> ۳- ۹-۱۲ واحد <input type="checkbox"/> ۴- ۱۳ واحد و بالاتر <input type="checkbox"/>
۳۸. چه مدت زمانی را برای صرف یک وعده غذا اختصاص می دهید؟	۱- کمتر از ۱۰ دقیقه <input type="checkbox"/> ۲- بین ۱۰ تا ۲۰ دقیقه <input type="checkbox"/> ۳- بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه <input type="checkbox"/> ۴- بیشتر از ۳۰ دقیقه <input type="checkbox"/>
۳۹. آیا بلافاصله (کمتر از یک ساعت) بعد از غذا چای می نوشید؟	۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
۴۰. در شش ماه گذشته وزن شما چه تغییری داشته است؟	۱- تغییر وزن نداشته ام <input type="checkbox"/> ۲- ده درصد افزایش وزن بدن یا بیشتر <input type="checkbox"/> ۳- ده درصد کاهش وزن بدن یا بیشتر <input type="checkbox"/> ۴- تغییر وزن کمتر از ده درصد <input type="checkbox"/>

۵- سابقه پزشکی فرد (کدام یک از مشکلات زیر را تاکنون داشته‌اید؟)

۴۱. گردش خون و قلب:	۱- بیماری قلبی <input type="checkbox"/>	۲- فشار خون بالا <input type="checkbox"/>	۳- کم‌خونی تأیید شده <input type="checkbox"/>
۴- بی‌نظمی ضربان قلب <input type="checkbox"/>	۵- سایر ذکر شود <input type="checkbox"/>	۶- هیچکدام <input type="checkbox"/>	
۴۲. گوارش و کبد:	۱- مشکلات بلع غذا <input type="checkbox"/>	۲- ترش کردن مکرر <input type="checkbox"/>	۳- ناراحتی معده و اثنی عشر <input type="checkbox"/>
۵- هیپاتیت B یا C <input type="checkbox"/>	۶- زردی و یرقان <input type="checkbox"/>	۷- اسهال مزمن <input type="checkbox"/>	۸- یبوست مزمن <input type="checkbox"/>
۹- سایر ذکر شود <input type="checkbox"/>	۱۰- هیچکدام <input type="checkbox"/>		
۴۳. بینایی:	۱- کوررنگی <input type="checkbox"/>	۲- دو بینی <input type="checkbox"/>	۳- کاهش دید <input type="checkbox"/>
۴- سایر ذکر شود <input type="checkbox"/>	۵- هیچکدام <input type="checkbox"/>		
۴۴. گوش و حلق و بینی:	۱- وزوز گوش <input type="checkbox"/>	۲- کاهش شنوایی <input type="checkbox"/>	۳- سینوزیت مزمن <input type="checkbox"/>
۵- سایر ذکر شود <input type="checkbox"/>	۶- هیچکدام <input type="checkbox"/>		
۴۵. مغز و اعصاب:	۱- از دست دادن هشیاری <input type="checkbox"/>	۲- صرع و تشنج <input type="checkbox"/>	۳- سردرد مکرر <input type="checkbox"/>
۵- سایر ذکر شود <input type="checkbox"/>	۶- هیچکدام <input type="checkbox"/>		
۴۶. ادراری / تناسلی:	۱- سنگ کلیه <input type="checkbox"/>	۲- عفونت ادراری <input type="checkbox"/>	۳- عفونت های دستگاه تناسلی <input type="checkbox"/>
۴- سایر ذکر شود <input type="checkbox"/>	۵- هیچکدام <input type="checkbox"/>		
۴۷. تنفسی:	۱- عفونت مکرر دستگاه تنفسی <input type="checkbox"/>	۲- سرفه های بیش از دو هفته <input type="checkbox"/>	۳- آسم <input type="checkbox"/>
۴- تنگی نفس <input type="checkbox"/>	۵- سایر ذکر شود <input type="checkbox"/>	۶- هیچکدام <input type="checkbox"/>	
۴۸. پوست:	۱- آکنه <input type="checkbox"/>	۲- عفونت های پوستی (قارچ و ...) <input type="checkbox"/>	۳- ناراحتی های پوستی <input type="checkbox"/>
۴- سایر ذکر شود <input type="checkbox"/>	۵- هیچکدام <input type="checkbox"/>		
۴۹. سایر موارد:	۱- احساس خستگی مزمن <input type="checkbox"/>	۲- دردهای اسکلتی-عضلانی <input type="checkbox"/>	۳- مشکلات مادرزادی <input type="checkbox"/>
۴- دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/>	۵- اختلال کارکرد تیروئید <input type="checkbox"/>	۶- چربی خون بالا <input type="checkbox"/>	۷- سل <input type="checkbox"/>
۸- تب روماتیسمی <input type="checkbox"/>	۹- مشکلات خواب <input type="checkbox"/>	۱۰- سرطان یا تومور <input type="checkbox"/>	۱۱- معلولیت <input type="checkbox"/>
۱۲- هیچکدام <input type="checkbox"/>			
۵۰. کدام یک از آسیب دیدگی و حوادث زیر برای شما اتفاق افتاده است؟			
۱- شکستگی و آسیب استخوانی <input type="checkbox"/>	۲- ضربه مغزی <input type="checkbox"/>	۳- سوختگی شدید <input type="checkbox"/>	۴- برق گرفتگی <input type="checkbox"/>
۵- سایر ذکر شود <input type="checkbox"/>	۶- هیچکدام <input type="checkbox"/>		
۵۱. آیا سابقه مصرف طولانی مدت دارو را دارید؟			
نام دارو.....	میزان مصرف.....	مدت زمان مصرف.....	علت مصرف.....
۱- خیر <input type="checkbox"/>	۲- بلی <input type="checkbox"/>		
۵۲. آیا شما به داروی خاصی حساسیت دارید؟			
۱- خیر <input type="checkbox"/>	۲- بلی <input type="checkbox"/>	نام دارو.....	نوع واکنش به دارو.....
۵۳. کدامیک از حساسیت های ذکر شده زیر را دارید؟			
۱- غذا <input type="checkbox"/>	۲- محیط (گرده گیاهان، گرد و خاک و) <input type="checkbox"/>	سایر موارد را ذکر نمایید	هیچکدام <input type="checkbox"/>
۵۴. چه نوع داروئی را بدون تجویز پزشک مصرف می‌کنید؟			
۱- آنتی بیوتیکها <input type="checkbox"/>	۲- مسکن های ساده <input type="checkbox"/>	۳- ویتامین و مکمل <input type="checkbox"/>	۴- داروهای آرام بخش <input type="checkbox"/>
۵- داروهای نیروزا <input type="checkbox"/>	۶- بدون تجویز هر دارویی مصرف می‌کنم <input type="checkbox"/>	۷- بدون تجویز اصلاً مصرف نمی‌کنم <input type="checkbox"/>	۸- سایر موارد <input type="checkbox"/>
			ذکر گردد.....

۶- سابقه پزشکی خانواده

۵۵. کدام یک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟			
۱- فشار خون بالا <input type="checkbox"/>	۲- سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال <input type="checkbox"/>	۳- دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/>	۴- سرطان <input type="checkbox"/>
۵- سل <input type="checkbox"/>	۶- چربی خون بالا <input type="checkbox"/>	۷- چاقی <input type="checkbox"/>	۸- آلرژی <input type="checkbox"/>
۹- بیماری های اعصاب و روان <input type="checkbox"/>	۱۰- بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/>	۱۱- سکته مغزی <input type="checkbox"/>	۱۲- آسم <input type="checkbox"/>
۱۳- اختلالات ژنتیکی <input type="checkbox"/>	۱۴- بیماری های قلبی و عروقی <input type="checkbox"/>	۱۵- اختلال تیروئید <input type="checkbox"/>	۱۶- مصرف دخانیات (سیگار، پپ، قلیان) <input type="checkbox"/>
۱۷- هیچکدام <input type="checkbox"/>			

۷- ارزیابی عملکرد

۵۶. آیا در طی یک سال گذشته کاهش ناگهانی در سطح سلامت خود حس می‌کنید؟	۱- بلی <input type="checkbox"/>	۲- خیر <input type="checkbox"/>		
۵۷. آیا به دلیل بیماری خاصی در حال حاضر تحت مراقبت پزشک هستید؟	۱- بلی <input type="checkbox"/>	۲- خیر <input type="checkbox"/>		
۵۸. آیا در حال حاضر درد خاص و یا مزمنی در خود احساس می‌کنید؟	۱- بلی <input type="checkbox"/>	۲- خیر <input type="checkbox"/>		
۵۹. آیا بدلیل وجود مشکلی، فعالیت های شما در موارد زیر محدود شده است؟	۱- کار روزانه <input type="checkbox"/>	۲- ورزش ملایم <input type="checkbox"/>	۳- ورزش حرفه ای <input type="checkbox"/>	۴- یادگیری <input type="checkbox"/>
۶۰. هنگام انجام ورزش سنگین (مانند دویدن) دچار کدامیک از مشکلات زیر می‌شوید؟	۱- درد قفسه سینه <input type="checkbox"/>	۲- سرفه <input type="checkbox"/>	۳- سرگیجه <input type="checkbox"/>	هیچکدام <input type="checkbox"/>

موارد زیر توسط پرستار و یا کارشناسان مرکز بهداشت تکمیل گردد

۸: معاینات جسمانی

۸-۱- اندازه گیری قد، وزن و فشار خون

۶۱ قد (سانتی متر): ۶۲ وزن (کیلوگرم): ۶۳ فشار خون (میلیمتر جیوه): /

۸-۲- اندازه گیری قدرت بینایی (طبیعی اصلاح شده)

۶۴ وضعیت بینایی چشم راست کدام گزینه است؟

۱- ۱۰/۱۰ ۲- ۹/۱۰ ۳- ۸/۱۰ و کمتر

۶۵ وضعیت بینایی چشم چپ کدام گزینه است؟

۱- ۱۰/۱۰ ۲- ۹/۱۰ ۳- ۸/۱۰ و کمتر

۸-۳- معاینه دهان و دندان

۶۶ وضعیت بهداشت دهان کدام گزینه است؟

۱- بد ۲- متوسط ۳- خوب

۶۷ وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است؟

۱- بیماری لثه (بیوره) ۲- التهاب لثه ۳- طبیعی

۶۸ تعداد دندان های پوسیده چند تا است؟

۱- صفر ۲- عدد

۶۹ تعداد دندان های پر شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟

۱- صفر ۲- عدد

۷۰ تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟

۱- صفر ۲- عدد

۷۱ ارزیابی کارشناس:

نیاز به معاینه پزشک دارد؟ ۱- خیر ۲- بلی

۷۲. ارزیابی پزشک:

۱- سالم است و نیاز به پیگیری ندارد

۲- نیازمند پیگیری مرکز بهداشت و درمان است (اعم از نیاز به مراجعه مجدد، معاینه تکمیلی، ارجاع به متخصص یا سایر اقدامات پزشکی) تشخیص اولیه ذکر گردد

۳- تحت نظر پزشک معالج است تشخیص (ها):

۱-

۲-

۳-

میزان قند خون:

توضیحات:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

امضاء کارشناس:

امضاء پزشک: