

پرسشنامه سلامت دانشجویان جدیدالورود در سال ۱۴۰۲

نام و نام خانوادگی رشته تحصیلی مقطع تحصیلی

جنسیت: زن مرد تاریخ تولد / / ۱۳ کد ملی گروه خونی:

قد (cm): وزن (kg): دارای دفترچه بیمه: شماره تلفن همراه:

آدرس محل سکونت فعلی دانشجو: تلفن ثابت:

۱. ویروس کوید ۱۹:

- ۱- آیا سابقه ابتلاء به کوید ۱۹ داشته اید؟ بلی خیر
- ۲- تاکنون واکسن کوید دریافت کرده اید؟ بلی خیر در صورت تایید نام واکسن چند نوبت.....
- ۳- آیا اقوام درجه یک (پدر، مادر، فرزند، همسر، برادر و خواهر) سابقه ابتلا به ویروس را داشته اند؟ بلی خیر
- ۴- اطلاعات سلامت و علایم تنفسی خود را در سامانه salamat.gov.ir ثبت کرده اید؟ بلی خیر
- ۵- آیا در گروه بیماران دچار نقص ایمنی زیر قرار دارید؟ الف: تحت درمان با کورتیکوئیدها ب: شیمی درمانی
- ج: پیوند اعضا چ: بدخیمی ها د: سایر

۲. سابقه پزشکی فرد: (کدام یک از مشکلات زیر را تا کنون داشته اید؟)

گردش خون و قلب:

- فشارخون بالا بیماری قلبی کم خونی تایید شده بی نظمی ضربان قلب سایر هیچکدام

گوارش و کبد:

- مشکلات بلع غذا ترش کردن مکرر ناراحتی معده و اثنی عشر حالت تهوع مکرر هپاتیت B یا C زردی یا یرقان:
- اسهال مزمن یبوست مزمن سایر هیچکدام

بینایی:

- کورنگی دوربینی کاهش دید سایر هیچکدام

گوش و حلق و بینی:

خونریزی مکرر بینی وزوزگوش کاهش شنوایی سینوزیت مزمن سایر هیچکدام

مغز و اعصاب:

از دست دادن هوشیاری سردرد مکرر صرع و تشنج سرگیجه دوره ای سایر هیچکدام

ادراری - تناسلی:

سنگ کلیه عفونت ادراری عفونت دستگاه تناسلی سایر هیچکدام

دستگاه تنفسی:

عفونت مکرر تنفسی سرفه بیش از دو هفته آسم تنگی نفس سایر هیچکدام

پوست:

آکنه عفونت های پوستی (قارچ و...) سایر هیچکدام

سایر موارد:

چربی خون بالا دردهای اسکلتی - عضلانی مشکلات مادرزادی دیابت (بیماری قند) اختلال تیروئید

احساس خستگی مزمن تب روماتیسمی سل اختلال در خواب سایر هیچکدام

سابقه خانوادگی:

کدام یک از موارد زیر در خانواده درجه یک شما (پدر، مادر، خواهر و برادر) وجود دارد؟

فشارخون بالا چربی خون بالا سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال سرطان سل

چاقی آلرژی بیماری اعصاب و روان بیماری کلیوی سکته مغزی

اختلال تیروئید مصرف دخانیات (سیگار، پپ و قلیان) هیچکدام

امضا و تاریخ تکمیل:

صحت کلیه موارد فوق را تأیید می نمایم.