بسمه تعالی

 **پرسشنامه سلامت دانشجویان جدیدالورود در سال 1402**

|  |
| --- |
|  **نام و نام خانوادگی**  ........................................................................................................... **رشته تحصیلی** ............................................................................ **مقطع تحصیلی** ......................................................................... **جنسیت: زن☐ مرد ☐ تاریخ تولد** ......... **/**  ........... **/** ...........**13 کد ملی** ....................................................................................................... **گروه خونی:** ..............................................  **قد (cm) :** .................................  **وزن (kg) :** ............................... **دارای دفترچه بیمه :** .................................................... **شماره تلفن همراه:** .............................................................................................  **آدرس محل سکونت فعلی دانشجو :** ..................................................................................................................................................................................................................  **تلفن ثابت:** ...................................................................... |
| 1. **ویروس کوید 19 :**

1 – آیا سابقه ابتلاء به کووید 19 را داشته اید؟ بلی ☐ خیر ☐2 – تاکنون واکسن کووید دریافت کردیده اید؟ بلی ☐ خیر ☐ در صورت تایید نام واکسن ....................................... چند نوبت.............3 – آیا اقوام درجه یک (پدر، مادر ، فرزند، همسر ، برادر و خواهر) سابقه ابتلا به ویروس را داشته اند؟ بلی ☐ خیر ☐ 4 – اطلاعات سلامت و علایم تنفسی خود را در سمانه salamat.gov.ir ثبت کرده اید؟ بلی ☐ خیر ☐5-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 ☐ .................................................... |
| 1. **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:کوررنگی **☐** دوبینی **☐** 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، پیپ و قلیان) **☐** هیچکدام |
|  **امضا و تاریخ تکمیل:** **صحت کلیه موارد فوق را تأیید می نمایم.** |