

بسمه تعالی

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	تاریخ:
شماره همراه:	نوع بیمه:	تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> خدمات سلامت <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>

۱. اندازه گیری قدرت بینایی: طبیعی <input type="checkbox"/>	اصلاح شده (اعمال جراحی، عینک، لنز و ...)
وضعیت بینایی چشم راست کدام گزینه است؟	<input type="checkbox"/> ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۹/۱۰ <input type="checkbox"/> ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/> کوررنگی <input type="checkbox"/> نابینایی <input type="checkbox"/>
وضعیت بینایی چشم چپ کدام گزینه است؟	<input type="checkbox"/> ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۹/۱۰ <input type="checkbox"/> ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/> کوررنگی <input type="checkbox"/> نابینایی <input type="checkbox"/>

مهر و امضای بینایی سنجی

۲. معاینات دهان و دندان (اختیاری است و می تواند توسط پزشک یا بهداشت کار دهان و دندان انجام شود)			
وضعیت بهداشت دهان گزینه است؟	<input type="checkbox"/> بد	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> خوب
وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است؟	<input type="checkbox"/> بیماری لثه (پیوره)	<input type="checkbox"/> التهاب لثه	<input type="checkbox"/> طبیعی
تعداد دندان های پوسیده چند تا است؟	<input type="checkbox"/> دندان پوسیده ندارد	<input type="checkbox"/> دندان پوسیده دارد	عدد
تعداد دندان های پر شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟	<input type="checkbox"/> دندان پر شده ندارد	<input type="checkbox"/> دندان پر شده دارد	عدد
تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟	<input type="checkbox"/> دندان کشیده شده ندارد	<input type="checkbox"/> دندان کشیده شده دارد	عدد

مهر و امضای دندانپزشک/ بهداشتکار

۳. اندازه گیری قد، وزن، BMI و فشار خون	وزن (kg) قد (m)
قد (سانتی متر):	وزن (کیلوگرم):
$\text{BMI} = \frac{\text{وزن (کیلوگرم)}}{\text{قد (متر)}^2} = \dots\dots\dots$	

۴. پاراکلینیک	میزان پاسخ	نرمال	بالتر از نرمال	پایین تر از نرمال	انجام نشده
هموگلوبین					
هماتوکریت					
ویتامین D3					
قند خون ناشتا					
TSH					
SGPT					
SGOT					
آلکالین فسفاتاز					
کراتینین					
BUN					
تری گلیسرید					
LDL					
HDL					

۵. نتیجه ارزیابی پزشک و پیگیری نهایی
۱-۵) در معاینات عمومی پزشکی مشکلی مشاهده نشد <input type="checkbox"/>
۲-۵) تحت نظر متخصص است <input type="checkbox"/>
۳-۵) به متخصص ارجاع داده شد <input type="checkbox"/>

مهر و امضای پزشک

*** مسئولیت صحت اطلاعات وارده برعهده دانشجو است.