**به نام خدا**

**پرسش نامه بهداشتي و سوابق بهداشتي دانش آموز**

**سابقه پزشكي خانواده:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نسبت** | **بيماري قلبي** | **بيماري تنفسي** | **بيماري خوني** | **مصرف سيگار** | **تالا سمي** | **پر فشاري خون** | **آسم** | **هموفيلي** | **تشنج** | **اختلالات رواني رفتاري** | **كليوي** | **ديابت** | **اعتياد به مواد مخدر** | **ساير** |
| **پدر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مادر** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**سابقه اختلالات رفتاري دانش آموز :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع اختلال** | **دارد**  | **ندارد**  | **مدت ابتلاء** | **تحت درمان ميباشد** | **نمي باشد**  |
| **ناخن جويدن**  |  |  |  |  |  |
| **شب ادراري** |  |  |  |  |  |
| **اضطراب** |  |  |  |  |  |
| **افسردگي و گوشه گيري**  |  |  |  |  |  |
| **ترس از مدرسه**  |  |  |  |  |  |
| **لكنت زبان**  |  |  |  |  |  |
| **بيش فعالي و پر تحركي**  |  |  |  |  |  |
| **پرخاشگري** |  |  |  |  |  |

در صورت وجود مشكلات رفتاري اقدامات انجام شده و پيشنهادات خود را بنويسيد .

**سابقه وجود آسيبهاي اجتماعي در خانواده و دانش آموز :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | **آسيب هاي نو پديد** | **دارد** | **ندارد** | **دخانيات و مواد مخدر** | **دارد** | **ندارد** | **ازدواج و طلاق** | **دارد**  | **ندارد**  |
| **1** | **تماشاي ماهواره**  |  |  | **سيگار**  |  |  | **از دواج زود هنگام دانش آموز**  |  |  |
| **2** | **اينتر نت**  |  |  | **قليان**  |  |  | **طلاق والدين**  |  |  |
| **3** | **بلوتوث**  |  |  | **مواد مخدر سنتي**  |  |  | **بد سرپرستي**  |  |  |
| **4** | **چت**  |  |  | **مواد مخدر صنعتي**  |  |  | **بي سر پرستي**  |  |  |
| **5** | **بازيهاي رايانه اي**  |  |  |  |  |  | **تك سر پرستي**  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  | **تنبيه بدني**  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  | **بي سوادي و كم سوادي والدين**  |  |  |

تبصره : موارد فوق در ستون آسيب هاي نو پديد اگر بيشتر از حد معمول باشد آسيب محسوب مي شود . ساير مواردي كه لازم است مراقب سلامت در جريان قرار گيرد را ذكر بفرمائيد : .................................................................................................................................

شماره تلفن پدر..................................................... شماره مادر........................................................ شماره منزل ...........................

. شماره ضروري كه در صورت لزوم بتوان تماس گرفت.........................................