**به نام خدا**

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

**با سلام**

**ولي محترم دانش آموز ...........**

به منظور رسيدگي بيشتر به عزيزانمان و توجه خاص به دانش آموزان بر اساس ويژگيهاي جسمي و روحيشان لازم ميدانيم اطلاعات كامل ؛ دقيق و صحيح از دلبندانمان داشته باشيم ؛ لذا ضمن اطمينان خاطر دادن به شما جهت محرمانه ماندن اطلاعات ؛ خواهشمنديم صادقانه فرم زير را تكميل و به مربي بهداشت تحويل دهيد .

**مشخصات دانش آموز :**

نام ونام خانوادگي دانش آموز ......................................... نام پدر ..........................شماره ملي ....................................كلاس ....... شعبه .........................

تاريخ تولد ......... محل تولد ........ تعداد خواهر و برادر ........ چندمين فرزند خانواده ..........

دانش آموز بيمه درماني دارد ندارد نوع بيمه ذكر گردد .....................................

دانش آموز با پدر و ماد رزندگي ميكند با مادر زندگي ميكند با پدر زند گي ميكند

**مشخصات خانواده**

نام ونام خانوادگي پدر .............سن ......... ميزان تحصيلات .................... شغل .................................... در قيد حيات فوت شده

نام ونام خانوادگي مادر ..........سن .............. ميزان تحصيلات ....................شغل .................................... در قيد حيات فوت شده

پدر و مادر نسبت خويشاوندي دارد ندارد نوع نسبت ذكر شود ...............................................

**سابقه پزشكي دانش آموز :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام بيماري** | **دارد** | **ندارد** | **نام بيماري** | **دارد** | **ندارد** | **نام بيماري** | **دارد** | **ند ارد** |
| **بيماري قلبي عروقي** |  |  | **اختلالات بينايي** |  |  | **سابقه تزريق خون** |  |  |
| **بيماري تنفسي** |  |  | **اختلالات شنوايي** |  |  | **معلوليت جسمي** |  |  |
| **آسم** |  |  | **بيماري گوارشي** |  |  | **هپاتيت** |  |  |
| **آلرژي** |  |  | **هموفيلي** |  |  | **استفاده از عينك** |  |  |
| **بيماري كليوي** |  |  | **تالاسمي مينور** |  |  | **شب كوري** |  |  |
| **مشكلات كبدي** |  |  | **رماتيسم مفصلي** |  |  | **صرع** |  |  |
| **اختلالات خوني** |  |  | **تيروييد** |  |  | **استفاده از سمعك** |  |  |
| **اختلالات اسكلتي** |  |  | **تشنج** |  |  | **سابقه مصرف دارو بيش از سه ماه** |  |  |
| **اختلالات رواني** |  |  | **فاويسم** |  |  | **حساسيت دارويي** |  |  |
| **اختلالات پوستي** |  |  | **كم خوني** |  |  | **سابقه تزريق خون** |  |  |
| **ساير موارد** |  |  | **ديابت** |  |  |  |  |  |

سابقه عمل جراحي و بستري در بيمارستان ............................................ تاريخ ...................................... نوع عمل ....................................