

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
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

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	
قد (سانتی متر):	وزن (کیلوگرم):
$\text{BMI} = \frac{\text{وزن (kg)}}{\text{قد (m)}^2}$	
$\text{فشارخون (میلیمتر جیوه)} = \frac{\text{مکزیم-سیستولیک}}{\text{مینیموم-دیاستولیک}} = \dots\dots\dots$	

۴. پاراکلینیک	میزان پاسخ	نرمال	بالتر از نرمال	پایین تر از نرمال	انجام نشده
هموگلوبین					
هماتوکریت					
ویتامین D ^۳					
قند خون ناشتا					
TSH					
SGPT					
SGOT					
آلکالین فسفاتاز					
کراتنین					
BUN					
تری گلیسرید					
LDL					
HDL					

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

مهر و امضای پزشک

*** مسئولیت صحت اطلاعات وارده برعهده دانشجو است.