



اداره کل آموزش و پرورش استان البرز
مدیریت آموزش و پرورش ناحیه ۲ کرج
مدرسه غیرانتفاعی هوشمند نیک نام

شناسنامه پزشکی سلامت

نام و نام خانوادگی: کلاس: تاریخ تولد: روز: ماه: سال:

شماره شناسنامه و کد ملی: محل تولد: دست غالب: راست چپ
نام پدر: سن: شغل پدر: شماره تلفن همراه:
نام و نام خانوادگی مادر: سن: شغل مادر: شماره تلفن همراه:
آدرس منزل: شماره تلفن منزل:

♣ آیا دانش آموز بیماری خاصی دارد؟ خیر بلی توضیح دهید:
♣ آیا دانش آموز مصدومیت یا عمل جراحی داشته است؟ خیر بلی توضیح دهید با ذکر تاریخ:
♣ آیا دانش آموز از عینک طبی استفاده می کند؟ خیر گهگاه بطور دائم
♣ آیا دانش آموز مشکل شنوایی دارد؟ خیر بلی پارگی پرده گوش ترشحات عفونی
♣ آیا دانش آموز به سردرد دچار می شود؟ خیر گهگاه غالبا
♣ هر نوع اطلاعات پزشکی که لازم است مدرسه اطلاع داشته باشد یا نیاز به مراقبت ویژه در آموزشگاه نیاز دارد را مرقوم بفرمائید:

امضاء پدر: امضاء مادر:

نتایج معاینات پزشکی

دانش آموز سالم است دانش آموز مبتلا به بیماری / اختلال می باشد.

دانش آموز به معاینه تکمیلی و تخصصی نیاز ندارد دانش آموز نیاز به ارجاع به دارد.

دانش آموز به مراقبت ویژه نیاز ندارد دارد توضیحات پزشک:

نتایج مهم بررسی های پاراکلینیک:

توصیه های پزشک عمومی:

فعالیت های ورزشی دانش آموز فوق: بدون محدودیت می باشد دارای محدودیت می باشد علت:

معاف دائم می باشد معاف موقت می باشد مدت معافیت: علت معافیت:

مهر و امضاء پزشک:

تاریخ:

توضیح: مسئولیت تمامی نوشته های فوق و تایید آن توسط پزشک محترم با خانواده و پزشک می باشد و مدرسه نسبت به غیر از نوشته های فوق و عدم آگاهی از مسائل غیر از موارد ثبت شده در این برگه هیچ مسئولیتی نخواهد داشت.