

اظهار نظر پزشک در پایان مرحله اول معاینات

عکس داوطلب

به کار گروه بررسی اسناد و مدارک و معاینات پزشکی استان.....

آقا / خانم ..... رشته .....

کد ملی .....

۱. از نظر جسمی و روانی توانایی کار معلمی را دارد.

۲. از نظر جسمی و روانی توانایی کار معلمی را به دلایل ذیل :

ندارد

تاریخ، امضاء و مهر  
پزشک متعهد آموزش و پرورش

\*\*مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص عدم رعایت ضوابط و مفاد لیست بیماری‌هایی که ممنوعیت استخدام در آموزش و پرورش را دارند، در تعهد پزشک تأیید کننده این فرم می باشد.

تذکره (۱) : صدور نمونه برگ شماره ۹- د (نمونه برگ ارجاع به پزشک متخصص) در این مرحله برای همه داوطلبان ضرورت ندارد و صرفاً برای افرادی ارائه شود که نظر پزشک متخصص برای اظهار نظر نهایی ضرورت داشته باشد.

تذکره (۲) : صدور حکم استخدام مشروط به سالم بودن در آزمایشات استخدامی می باشد.

معرفی داوطلب معلول به شورای پزشکی

شورای پزشکی در مانگاه فرهنگیان استان.....

باسلام واحترام: در راستای بند «ز» آیین نامه اجرائی ماده ۴۲ قانون مدیریت خدمات کشوری، بدین وسیله آقای/خانم ..... فرزند..... باکد ملی ..... (صاحب عکس ممهور) که به استناد نامه شماره ..... مورخ..... سازمان / اداره بهزیستی ..... در ردیف داوطلبان استفاده از سهمیه ۳٪ معلولین، موضوع بند «الف» ماده ۷ قانون جامع حمایت از معلولین قرار گرفته، معرفی می گردد. خواهشمند است مطابق ضوابط ومقررات مربوط، درخصوص تصدی نامبرده برای رشته شغلی ..... بررسی و اظهار نظر نمایید .

نام و نام خانوادگی معاون پژوهش، برنامه ریزی و توسعه منابع امضاء و مهر	نام و نام خانوادگی پزشک معتمد آموزش و پرورش امضاء و مهر
---	---

بدینوسیله ویژگی های جسمانی آقا/خانم ..... مورد بررسی این شورا قرار گرفت و اعلام می دارد نامبرده دارای معلولیت ها و محدودیت های ..... جهت تصدی رشته شغلی ..... می باشد و بدین وسیله جهت بررسی و اعلام نظر معرفی می گردد. نام ونام خانوادگی (سمت فرد امضا کننده اضافه شود) امضاء ومهر

با توجه به گزارش شورای پزشکی وتطبیق ویژگیهای جسمانی داوطلب با توجه به به شرایط احراز شغل بدینوسیله اعلام می دارد: آقا/خانم ..... جهت احراز کد شغل محل .....  
الف) تأیید می گردد (ب): به دلیل ..... تأیید نمی گردد

- ۱- نماینده سازمان بهزیستی استان نام ونام خانوادگی امضاء ومهر
- ۲- نماینده مدیریت آموزش وپرورش استثنایی نام ونام خانوادگی امضاء ومهر
- ۳- نماینده معاونت پژوهش، برنامه ریزی و توسعه منابع نام ونام خانوادگی امضاء ومهر

نمون برگ شماره ۸

عکس دانشجو  
ممهور به مهر پزشک  
معاین

نمون برگ ارجاع به پزشک متخصص

همکار محترم پزشک متخصص / فوق تخصص جناب آقای / سرکار خانم دکتر.....  
بدین وسیله صاحب عکس ممهور آقای / خانم.....فرزند.....به  
شماره ملی.....جهت بررسی و معاینه و اظهار نظر در خصوص موضوع ذیل معرفی می گردد، لطفاً  
نتایج بررسی و اظهار نظر به صورت محرمانه گزارش گردد:

تاریخ، امضاء و مهر پزشک معتمد آموزش و پرورش :

همکار محترم جناب آقای / سرکار خانم دکتر.....  
بدینوسیله آقای / خانم.....صاحب عکس ممهور فوق الذکر مورد بررسی و معاینه کامل قرار گرفت و  
نتایج به شرح ذیل اعلام می گردد:

تاریخ، امضا و مهر پزشک متخصص :

\*\*مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص مفاد اعلام نظر،  
با پزشک تأیید کننده این فرم می باشد.

ب-۴) معاینات بدنی و بررسی‌های بالینی :

(همکار گرامی لطفاً پیش از معاینه، مروری بر شرح حال باربارا بیتز و لیست بیماری‌های ممنوع‌الاستخدام داشته باشید)

۱. پوست و مو: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۲. سر، صورت و گردن: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۳. چشم و پلکها: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۴. دهان، گوش، حلق و بینی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۵. بیماریهای عفونی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۶. خون و غدد لنفاوی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۷. قفسه سینه: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۸. قلب و عروق طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۹. ریه و تنفس: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۰. شکم و گوارش: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۱. کلیه‌ها و مجاری ادراری: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۲. مغز و اعصاب: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۳. اعصاب و روان: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۴. اندام فوقانی و تحتانی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۵. بیماری‌های روماتولوژی، استخوان، مفاصل و عضلات: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۶. غدد و هورمون‌ها: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۷. معاینات زنان: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....

ب) - معاینات جسمی: (توسط پزشک)

ب-۱) قد، وزن، فشار خون، BMI

بند-۴۲. قد (به سانتیمتر) ..... بند-۴۳. وزن به کیلوگرم..... BMI.....
بند -۴۴. فشار خون ۱- سیستول:..... ۲- دیا سیستول:..... فشار خون بالا (۹۰/۱۴۰ و بالاتر) ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/>

ب-۲) - اندازه گیری قدرت بینایی:

بند-۴۵. وضعیت بینایی چشم راست: (بدون عینک) ۱- /۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- ۱۰/۹ <input type="checkbox"/> ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند-۴۶. وضعیت بینایی چشم چپ: (بدون عینک) ۱- /۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- ۱۰/۹ <input type="checkbox"/> ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند-۴۷. با توجه به وضعیت بینایی مراجعه دانشجو به چشم پزشک توصیه می شود؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/>
بند-۴۸. آیا هر دو چشم سالم است؟ اگر نه نام بیماری:.....
بند-۴۹- اگر از عینک استفاده می کنید؟ شماره چشم چپ ..... راست ..... آستیگماتیسم: راست ..... چپ .....

ب-۳) - معاینه لثه و دندانها:

بند-۵۰. وضعیت بهداشت دندان ها کدام گزینه است؟ ۱. بد <input type="checkbox"/> ۲. متوسط <input type="checkbox"/> ۳. خوب <input type="checkbox"/>
بند-۵۱. وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است؟ ۱. بیماری لثه (پیوره) <input type="checkbox"/> ۲. التهاب لثه <input type="checkbox"/> ۳. طبیعی <input type="checkbox"/>
بند-۵۲. تعداد دندان های پوسیده؟ صفر <input type="checkbox"/> ..... عدد
بند-۵۳. تعداد دندان های پر شده به علت پوسیدگی؟ صفر <input type="checkbox"/> ..... عدد
بند-۵۴. تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی؟ صفر <input type="checkbox"/> ..... عدد
بند-۵۵- با توجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه دانشجو به دندانپزشک توصیه می شود؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/>

بند ۱۹- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر و.... داشته اید؟ خیر  بلی

چه سالی..... و چه مدت.....؟ ذکر کنید.....

بند ۲۰- آیا تا کنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته اید؟ ۱. خیر  ۲. بلی

چه سالی..... و چه مدت..... آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر  ۲. بلی

**این سوال مخصوص خانم‌ها می باشد**

بند ۲۱- سابقه کدام مورد را داشته اید؟ اختلالات هورمونی  بلوغ زودرس  بلوغ دیررس  سابقه یا جراحی بیماریهای رحمی

ناباروری  کیست‌های تخمدانی  توده یا ترشحات پستانی  سایر موارد ذکر کنید.....

بند ۲۲- Rh و گروه خونی شما چیست؟.....

**الف-۴) سابقه پزشکی خانواده (توسط داوطلب تکمیل گردد)**

بند ۲۳- کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟

۱. فشار خون بالا  ۲. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال  ۳. دیابت (بیماری قند)  ۴. سرطان  ۵. مصرف دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان)  ۶. بالابودن چربی‌های خون  ۷. چاقی  ۸. بیماریهای اعصاب و روان  ۹. بیماری‌های کلیوی

۱۰. بیماری‌های روده ای (کولیت اولسرو، کرون)

**الف-۵) وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد)**

بند ۲۴. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟

۱. خیر  ۲. بلی  ۳. نمی دانم

بند ۲۵. آیا واکسن هیپاتیت ب را دریافت کرده اید؟

۱. خیر  ۲. بلی  ۳. نمی دانم

بند ۲۶. آیا در دوره دبیرستان واکسن توام (دیفتری، کزاز) دریافت کرده اید؟

۱. خیر  ۲. بلی  ۳. نمی دانم

**الف-۶) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل میگردد:**

\*اینجانب..... شماره شناسنامه..... نام پدر..... شماره داوطلبی..... در آزمون استخدام پیمانی سال ۱۴۰۱ رشته‌های مورد نیاز آموزش و پرورش، موارد قید شده را صادقانه و با دقت تکمیل کرده و صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم و به این موضوع آگاهی کامل دارم که درج هرگونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ایی از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد.

نام ونام خانوادگی :  
تاریخ:  
اثر انگشت و امضاء داوطلب :

**الف- خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)**

(این نمونه برگ توسط داوطلب و در حضور پزشک معاین تکمیل و امضا و تحویل پزشک معاین میگردد تا در پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود)  
الف- (۱) مشخصات عمومی داوطلب: لازم به ذکر است محتویات این پرسشنامه و معاینات کاملاً محرمانه می باشد

بند ۱. نام و نام خانوادگی:	بند ۲. متولد...../...../۱۳..... کد ملی:
بند ۳. جنسیت: ۱. مذکر <input type="checkbox"/> ۲. مؤنث <input type="checkbox"/>	بند ۴. وضعیت تاهل: ۱. مجرد <input type="checkbox"/> ۲. متاهل <input type="checkbox"/> ۳. سایر <input type="checkbox"/>
بند ۵. نام پردیس / مرکز / سازمان:	بند ۶. نام آخرین دانشگاهی که تحصیل کرده اید:
بند ۷. رشته شغلی پذیرفته شده:	
بند ۸. آدرس پست الکترونیک: (ایمیل)	
بند ۹. شماره تلفن ثابت و همراه:	
بند ۱۰. خدمت سربازی ۱. رفته ام <input type="checkbox"/> ۲. نرفته ام <input type="checkbox"/> ۳. دارای معافیت هستم <input type="checkbox"/> علت معافیت ذکر شود .....	

**الف- (۳) سابقه پزشکی فرد (توسط داوطلب تکمیل گردد)**

بند ۱۴. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟

۱. اختلالات قلبی و عروقی  ۲. احساس خستگی مزمن  ۳. دردهای اسکلتی-عضلانی  ۴. ناراحتی‌های گوارشی

۵. فشار خون بالا  ۶. سر درد دوره ای  ۷. ۵. یابت (بیماری قند)  ۸. اختلال کارکرد تیروئید

۹. کم خونی تأیید شده  ۱۰. بالا بودن چربی خون  ۱۱. تشنج و صرع  ۱۲. آسم و سایر بیماری‌های مزمن تنفسی

۱۳. کاهش شنوایی  ۱۴. بیماری‌های صعب‌العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و...)  ذکر شود.....

۱۵. مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و...)  ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان  علت.....

۱۷. مشکلات مادرزادی  ذکر شود..... ۱۸. معلولیت  نوع و علت.....

۱۹- سابقه بیماری‌های عفونی (سل، هیپاتیت B، C، ایدز، تب مالت و...)  در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید.....

۲۰. سابقه هیچکدام از بیماری‌های فوق را ندارم  ۲۱. آیا در دیدن رنگ‌ها مشکل دارید؟ بله  خیر

بند ۱۵. هنگام انجام فعالیت‌های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟

۱. درد قفسه سینه  ۲. سرگیجه  ۳. سرفه  ۴. تنگی نفس  ۵. هیچکدام

بند ۱۶. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟

۱. خیر  ۲. بلی  نام داروها ذکر شود.....

بند ۱۷. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟

۱. خیر  ۲. بلی  نام داروها، علت و مدت استفاده ذکر شود.....

بند ۱۸. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر  ۲. بلی

اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟

۱. آنتی بیوتیک  ۲. مسکن‌های ساده  ۳. دیابت (بیماری قند)  ۴. داروهای آرامبخش  ۵. داروهای نیروزا  ۶. سایر موارد  ذکر شود.....

الف: اطلاعات مربوط به وضعیت جسمانی داوطلب بر اساس اظهارات خویش:

۱	دیابت	دارم	ندارم	۹	لوسیمی (سرطان)	دارم	ندارم
۲	سیروز کبدی	دارم	ندارم	۱۰	کم خونی شدید مقاوم به درمان	دارم	ندارم
۳	آسم	دارم	ندارم	۱۱	تالاسمی ماژور	دارم	ندارم
۴	نارسایی کلیه	دارم	ندارم	۱۲	صرع	دارم	ندارم
۵	بیماری های پیشرفته قلبی	دارم	ندارم	۱۳	افسردگی	دارم	ندارم
۶	اسکروز آن پلاک	دارم	ندارم	۱۴	اضطراب	دارم	ندارم
۷	پارکینسون	دارم	ندارم	۱۵	اعتیاد به مواد مخدر، دخانیات و الکل	دارم	ندارم
۸	جدام	دارم	ندارم				

اینجانب ..... شماره شناسنامه ..... نام پدر ..... شماره داوطلبی ..... در آزمون سراسری سال ۱۴۰۲ رشته های موردنیاز آموزش و پرورش موارد قید شده در نمون برگ های مربوط به ویژگیهای جسمانی و معاینات پزشکی را صادقانه و با دقت تکمیل کرده و صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم و به این موضوع آگاهی کامل دارم که درج هر گونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ای از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد. واز کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده ازسوی آموزش و پرورش در دفترچه آزمون و اطلاعیه مربوط و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی ویژگی های جسمانی اعلام خواهد شد؛ آگاهی کامل داشته و متعهد و متلزم می شوم که مطابق ضوابط آموزش و پرورش عمل نمایم.

تاریخ تکمیل ..... امضاء و اثر انگشت داوطلب