

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

۱	دیابت	دارم	ندارم	۹	لوسمی (سرطان)	دارم	ندارم
۲	سروز کبدی	دارم	ندارم	۱۰	کم خونی شدید مقاوم به درمان	دارم	ندارم
۳	آسم	دارم	ندارم	۱۱	تالاسمی مایوز	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 بلاک	دارم	ندارم	۱۴	اضطراب	دارم	ندارم
۷	پارکینسون	دارم	ندارم	۱۵	اعتیاد به مواد مخدر، دخانیات و الکل	دارم	ندارم
۸	جذام	دارم	ندارم				

اینجانب ..... دارای کد ملی ..... نام پدر ..... شماره داوطلبی ..... در آزمون اختصاصی پذیرش دانشجو- معلم سال ۱۴۰۴ اطلاعات نمون برگ های مربوط به ویژگی های 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. و از کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده از سوی 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



### 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="radio"/> ۲. مؤنث <input type="radio"/>	بند ۴. وضعیت تاهل: ۱. مجرد <input type="radio"/> ۲. متاهل <input type="radio"/> ۳. سایر <input type="radio"/>	
بند ۵. نام پردیس / مرکز / سازمان :	بند ۶. نام آخرین مدرسه که تحصیل کرده اید :	
بند ۷. گروه آزمایشی معرفی شده :		
بند ۸. آدرس پست الکترونیک: (ایمیل)		
بند ۹. شماره تلفن ثابت و همراه:		
بند ۱۰. خدمت سربازی ۱. رفته ام <input type="radio"/> ۲. نرفته ام <input type="radio"/> ۳. دارای معافیت هستم <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> ۲. احساس خستگی مزمن <input type="radio"/> ۳. دردهای اسکلتی-عضلانی <input type="radio"/> ۴. ناراحتی های گوارشی <input type="radio"/> ۵. فشار خون بالا <input type="radio"/> ۶. سر درد دوره ای <input type="radio"/> ۷. دیابت (بیماری قند) <input type="radio"/> ۸. اختلال کارکرد تیروئید <input type="radio"/> ۹. کم خونی تأیید شده <input type="radio"/> ۱۰. بالا بودن چربی خون <input type="radio"/> ۱۱. تشنج و صرع <input type="radio"/> ۱۲. آسم و سایر بیماری های مزمن تنفسی <input type="radio"/> ۱۳. کاهش شنوایی <input type="radio"/> ۱۴. بیماری های صعب العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و...) <input type="radio"/> ذکر شود..... ۱۵. مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و...) <input type="radio"/> ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان <input type="radio"/> علت..... ۱۷. مشکلات مادرزادی <input type="radio"/> ذکر شود..... ۱۸. معلولیت <input type="radio"/> نوع و علت..... ۱۹- سابقه بیماری های عفونی (سل، هیپاتیت B، C، ایدز، تب مالت و...) <input type="radio"/> در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید..... ۲۰. سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم <input type="radio"/> ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بند ۱۵. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟ ۱. درد قفسه سینه <input type="radio"/> ۲. سرگیجه <input type="radio"/> ۳. سرفه <input type="radio"/> ۴. تنگی نفس <input type="radio"/> ۵. هیچکدام <input type="radio"/> بند ۱۶. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟ ۱. خیر <input type="radio"/> ۲. بلی <input type="radio"/> نام داروها ذکر شود..... بند ۱۷. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟ ۱. خیر <input type="radio"/> ۲. بلی <input type="radio"/> نام داروها، علت و مدت استفاده ذکر شود..... بند ۱۸. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر <input type="radio"/> ۲. بلی <input type="radio"/> اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟ ۱. آنتی بیوتیک <input type="radio"/> ۲. مسکن های ساده <input type="radio"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="radio"/> ۴. داروهای آرامبخش <input type="radio"/> ۵. داروهای تیروئید <input type="radio"/> ۶. سایر موارد <input type="radio"/> ذکر شود..... بند ۱۹- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر و... داشته اید؟ خیر <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> ۲. بلی <input type="radio"/> چه سالی ..... و چه مدت .....؟ آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر <input type="radio"/> ۲. بلی <input type="radio"/> این سوال مخصوص خانم ها می باشد بند ۲۱- سابقه کدام مورد را داشته اید؟ اختلالات هورمونی <input type="radio"/> بلوغ زودرس <input type="radio"/> بلوغ دیررس <input type="radio"/> سابقه یا جراحی بیماری های رحمی <input type="radio"/> ناباروری <input type="radio"/> کیست های تخمدانی <input type="radio"/> توده یا ترشحات پستانی <input type="radio"/> 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، پپ، 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 هپاتیت 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 شنا سنامه..... نام پدر..... شماره داوطلبی..... در  
آزمون اختصاصی پذیرش دانشجو- معلم در دانشگاه فرهنگیان سال ۱۴۰۴ موارد قید شده را صادقانه و با دقت تکمیل کرده و صحت  
کلیه مندرجات آن را به عهده می‌گیرم و به این موضوع آگاهی کامل دارم که درج هرگونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر  
مرحله ای از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد.

نام و نام خانوادگی :

تاریخ :

اثر انگشت و امضاء داوطلب :



## 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 (۹۰/۶۰ 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- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- ۹/۱۰ <input type="checkbox"/> ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند-۴۶. وضعیت بینایی چشم چپ: (بدون عینک) ۱- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- ۹/۱۰ <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"/>





ب-۴) معاینات بدنی و بررسی‌های بالینی :

(همکار گرامی لطفاً پیش از معاینه، مروری بر شرح حال باربارا بیتز و لیست بیماری‌های ممنوع پذیرش الاستخدام 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.....



عکس دانشجو  
ممه‌ور به مهر پزشکی  
معاین

### نمون برگ ارجاع به پزشک متخصص

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

تاریخ، امضاء و مهر پزشک معتمد آموزش و پرورش:

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

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.

تذکر مهم: اظهار نظر پزشک معتمد حداکثر باید تا چهار روز پس از تاریخ معرفی در صورت تأیید یا عدم تأیید جهت اقدامات  
بعدی به مرکز ارزیابی شایستگی معلمي معرفی کننده اعلام شود.

## معرفی نامه

## داوطلب معلول به شورای پزشکی

شورای پزشکی درمانگاه فرهنگیان استان.....

باسلام واحترام؛ در راستای بند «ز» آیین نامه اجرایی ماده ۴۲ قانون مدیریت خدمات کشوری، بدین وسیله آقای/ خانم ..... فرزند..... با کد ملی ..... (صاحب عکس ممهور) که به استناد نامه شماره ..... مورخ ..... سازمان/ اداره بهزیستی ..... دارای معلولیت بوده و در ردیف معرفی شدگان چند برابر ظرفیت پذیرش دانشجو- معلم می باشند به آن شورا معرفی می شود.

خواهشمند است مطابق ضوابط ومقررات مربوط، در خصوص تصدی نامبرده صرفاً در مشاغل آموزشی از طریق پذیرش دانشجو- معلم در دانشگاه فرهنگیان 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 صرفاً مشاغل آموزشی از طریق پذیرش دانشجو- معلم در دانشگاه فرهنگیان می باشد و بدین وسیله جهت بررسی و اعلام نظر معرفی می گردد.

نام و نام خانوادگی (رئیس شورای پزشکی) امضاء و مهر

با توجه به گزارش شورای پزشکی وتطبیق ویژگی های جسمانی داوطلب با توجه به به شرایط احراز پذیرش دانشجو- معلم در دانشگاه فرهنگیان بدینوسیله اعلام می دارد : آقا/ خانم ..... جهت احراز مشاغل آموزشی تأیید می گردد □  
به دلیل ..... تأیید نمی گردد □

نام و نام خانوادگی امضاء و مهر  
نام و نام خانوادگی امضاء و مهر  
نام و نام خانوادگی امضاء و مهر

۱) نماینده مدیریت امور پردیس های استان  
۲) نماینده مدیریت آموزش و پرورش استثنایی  
۳) نماینده معاونت پژوهش، برنامه ریزی و توسعه منابع

نمونه برگ شماره ۱۱

اظهار نظر پزشک معتمد در پایان انجام معاینات

عکس داوطلب

به کارگروه ارزیابی شایستگی های معلمی 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 بیماری هایی 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 (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 بدو استخدام می باشد.

