



پرونده اطلاعات سلامت و درمان دانشجویی

واحد دانشگاه علوم پزشکی ایلام

نام و نام خانوادگی:	
کد ملی:	
تاریخ تشکیل پرونده:	

معاینات فیزیکی (توسط پزشک)

معاینه وضعیت عمومی	چشم	سالم است	یک چشم دارد	وجود یافته غیر طبیعی در معاینه	نوع یافته: .....
	گوش	سالم است	یک گوش دارد	وجود یافته غیر طبیعی در معاینه	نوع یافته: .....
	دست	سالم است	یک دست دارد	یک انگشت غیر از انگشت شست دارد	یک تا سه انگشت غیر از انگشت شست دارد.
	پا	سالم است	یک پا ندارد	دو پا ندارد ولی با پای مصنوعی قادر به راه رفتن باشد	یک پا ندارد ولی با پای مصنوعی قادر به راه رفتن باشد
	بینی	سالم است	وجود یافته غیر طبیعی در معاینه	نوع یافته: .....	نوع یافته: .....
	حلق	سالم است	وجود یافته غیر طبیعی در معاینه	نوع یافته: .....	نوع یافته: .....
	گردن	سالم است	وجود یافته غیر طبیعی در معاینه	نوع یافته: .....	نوع یافته: .....
	قلب و عروق	سالم است	وجود یافته غیر طبیعی در معاینه	نوع یافته: .....	نوع یافته: .....
	ریه	سالم است	وجود یافته غیر طبیعی در معاینه	نوع یافته: .....	نوع یافته: .....
	شکم	سالم است	وجود یافته غیر طبیعی در معاینه	نوع یافته: .....	نوع یافته: .....
	اندام ها	سالم است	وجود یافته غیر طبیعی در معاینه	نوع یافته: .....	نوع یافته: .....
	مغز و اعصاب	سالم است	وجود یافته غیر طبیعی در معاینه	نوع یافته: .....	نوع یافته: .....
	پوست و مو	سالم است	وجود یافته غیر طبیعی در معاینه	نوع یافته: .....	نوع یافته: .....
	تناسلی اداری	سالم است	وجود یافته غیر طبیعی در معاینه	نوع یافته: .....	نوع یافته: .....
	ستون مهره ها	سالم است	وجود یافته غیر طبیعی در معاینه	نوع یافته: .....	نوع یافته: .....
	مفاصل	سالم است	وجود یافته غیر طبیعی در معاینه	نوع یافته: .....	نوع یافته: .....
	روان	سالم است	وجود یافته غیر طبیعی در معاینه	نوع یافته: .....	نوع یافته: .....
	سایر موارد	سالم است	وجود یافته غیر طبیعی در معاینه	نوع یافته: .....	نوع یافته: .....
توضیح درباره یافته های غیر طبیعی در معاینه و موارد دیگر					

فرم معرفی دانشجویان به خانه های بهداشت، پایگاه های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت جهت انجام معاینات جوانان گروه سنی 29 - 18 سال و ثبت در سامانه یکپارچه بهداشت (سیب)

گواهی می شود دانشجوی به نام ..... با کد ملی ..... مورد ارزیابی بهداشتی و پزشکی قرار گرفت.  
 نتیجه ارزیابی: سالم است ..... اختلال دارد (نوع اختلال ذکر شود) ..... تاریخ: .....

مهر و امضای مرکز خدمات جامع سلامت / پزشک

مهر و امضای بهورز / مراقب سلامت