



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

سازمان امور دانشجویان

طرح کارنامه سلامت جسم دانشجویان ورودی جدید

در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۹۳

دفتر مشاوره و سلامت

مراکز بهداشت و درمان
دانشگاه‌های سراسر کشور

شماره پرونده	
شماره دانشجویی	
تاریخ تشکیل پرونده	

دانشجوی گرامی

حضور شما را در دانشگاه، مهد علم و اندیشه، گرامی می‌داریم.

پرسشنامه‌ی حاضر، همانند سال‌های گذشته توسط دفتر مشاوره و سلامت، به منظور بررسی سلامت تمامی دانشجویان دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری طراحی شده است. براساس تعهدات حرفه‌ای پزشکان و سایر کادر بهداشتی درمانی محرم‌نبودن پاسخ‌ها به‌طور کامل رعایت می‌گردد و پرسشنامه‌ها صرفاً توسط دفتر مشاوره و سلامت به منظور تعیین وضعیت کلی سلامت جسمی دانشجویان دانشگاه‌های کشور و نیز توسط مرکز بهداشت و درمان هر دانشگاه برای برنامه‌ریزی اقدامات ارتقاء بهداشت جسمانی دانشجویان مورد استفاده قرار می‌گیرند. با توجه به اهمیت اهداف طرح، خواهشمند است سئوالات زیر را مطالعه و به دقت همه آنها را پاسخ دهید. در صورت وجود هرگونه ابهام در سئوالات می‌توانید از همکاران مرکز بهداشت و درمان کمک بگیرید. پیشاپیش از همکاری صادقانه و دقت نظر شما دانشجوی عزیز سپاسگزاری می‌شود.

توجه داشته باشید در صورتی که براساس کتمان در پاسخگویی به سئوالات، نقص یا خللی در فرآیند معاینه ایجاد شود به نوعی که منجر به خسارتهای جسمی، روحی یا معنوی در آینده گردد، مرکز بهداشت و درمان هیچگونه مسئولیتی بر عهده نخواهد داشت.

امضاء دانشجو

مشخصات عمومی دانشجو

۱- نام و نام خانوادگی:	۲- سن (به سال):
۳- جنسیت: ۱- مذکر <input type="checkbox"/> ۲- مونث <input type="checkbox"/>	۴- وضعیت تاهل: ۱- مجرد <input type="checkbox"/> ۲- متاهل <input type="checkbox"/> ۳- سایر <input type="checkbox"/> ذکر گردد
۵- نام دانشگاه:	۶- نام دانشکده:
۷- رشته تحصیلی پذیرفته شده:	۸- نوع پذیرش در دانشگاه: ۱- روزانه <input type="checkbox"/> ۲- شبانه/نوبت دوم <input type="checkbox"/> ۳- سایر <input type="checkbox"/>
۹- مقطع تحصیلی پذیرفته شده در دانشگاه: ۱- فوق دیپلم <input type="checkbox"/> ۲- کارشناسی <input type="checkbox"/> ۳- کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> ۴- دکترای حرفه‌ای <input type="checkbox"/> ۵- دکترای تخصصی (PhD) <input type="checkbox"/>	
۱۰- نوع سهمیه پذیرفته شده: ۱- آزاد <input type="checkbox"/> ۲- شاهد و ایثارگر <input type="checkbox"/> ۳- استعداد های درخشان <input type="checkbox"/> ۴- سایر <input type="checkbox"/>	
۱۱- آدرس پست الکترونیک (ایمیل): ۱۲- شماره تلفن همراه:	
۱۳- پیش‌بینی می‌کنید طی تحصیل محل سکونت شما کجاست؟ ۱- با خانواده <input type="checkbox"/> ۲- در خوابگاه <input type="checkbox"/> ۳- در خانه اجاره‌ای با دوستان <input type="checkbox"/> ۴- در خانه اجاره‌ای به تنهایی <input type="checkbox"/>	
۱۴- دارای دفترچه بیمه: ۱- خدمات درمانی <input type="checkbox"/> ۲- تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> ۳- نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> ۴- بانک، شهرداری و غیره <input type="checkbox"/> ۵- بدون بیمه <input type="checkbox"/>	
۱۵- آدرس:	

سوابق مواجهه با عوامل زیان آور محیطی (ویژه دانشجویان تحصیلات تکمیلی):

۱۶. آیا تاکنون با موارد ذیل سروکار داشته اید؟	
۱- سروصدای بیش از حد مجاز	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً منبع آن ذکر گردد
۲- ارتعاشات	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً منبع آن ذکر گردد
۳- اشعه	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً منبع آن ذکر گردد
۴- مواد شیمیایی	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً نام آن ذکر گردد
۵- مواد بیولوژیکی	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً نام آن ذکر گردد
۱۷. آیا در حال حاضر غیر از تحصیل، شاغل می‌باشید؟ ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> لطفاً نام شغل و وظیفه شما در شغل ذکر گردد	
۱۸. آیا تاکنون دوره آموزشی مرتبط با ایمنی در محیط آزمایشگاه یا کارگاه را گذرانده اید؟ ۱- نیاز نداشته‌ام و لذا نگذرانده‌ام <input type="checkbox"/> ۲- نیاز داشته‌ام و گذرانده‌ام <input type="checkbox"/> لطفاً نام دوره، مدت و محل آن ذکر گردد ۳- نیاز داشته‌ام ولی نگذرانده‌ام <input type="checkbox"/> لطفاً نام رشته تحصیلی قبلی ذکر گردد	

موارد زیر توسط دانشجو تکمیل می گردد

۱: سبک زندگی و وضعیت سلامت شما تاکنون چگونه بوده است؟

۱-۱- عادات سلامت فردی

۱۹. در طول یک هفته، چند روز حداقل به مدت سی دقیقه فعالیت بدنی دارید؟ (ورزش متوسط مانند پیاده روی سریع، شناکردن یا دوچرخه سواری و...)	۱- اصلاً ندارم <input type="checkbox"/>	۲- یک یا دو روز <input type="checkbox"/>	۳- سه یا چهار روز <input type="checkbox"/>	۴- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>	
۲۰. در شبانه روز چند بار مسواک می زنید؟	۱- اصلاً مسواک نمی زنم <input type="checkbox"/>	۲- هر چند روز یکبار <input type="checkbox"/>	۳- روزی یکبار <input type="checkbox"/>	۴- روزی دو بار <input type="checkbox"/>	۵- روزی سه بار <input type="checkbox"/>
۲۱. معمولاً الگوی خواب و بیداری شما چگونه است؟	۱- نداشتن برنامه منظم <input type="checkbox"/>	۲- داشتن برنامه منظم <input type="checkbox"/>			
۲۲. بطور متوسط در شبانه روز چند ساعت می خوابید؟	۱- بیش از ۱۰ ساعت <input type="checkbox"/>	۲- ۸ تا ۱۰ ساعت <input type="checkbox"/>	۳- ۶ تا ۸ ساعت <input type="checkbox"/>	۴- کمتر از ۶ ساعت <input type="checkbox"/>	
۲۳. کدام یک از گزینه های زیر در مورد سیگار کشیدن در رابطه با شما صدق می کند؟ (یک بار مصرف قلیان معادل کشیدن ده نخ سیگار است.)	۱- بیش از ده نخ در هفته <input type="checkbox"/>	۲- کمتر از ده نخ در هفته <input type="checkbox"/>	۳- به طور موردی مصرف می کنم <input type="checkbox"/>	۴- اصلاً مصرف نمی کنم <input type="checkbox"/>	
۲۴. در طول شبانه روز معمولاً چند ساعت با کامپیوتر یا سایر ابزار های کامپیوتری (مانند موبایل، تبلت، xbox و...) سروکار دارید؟	۱- بیش از چهار ساعت <input type="checkbox"/>	۲- دو تا چهار ساعت <input type="checkbox"/>	۳- کمتر از دو ساعت <input type="checkbox"/>	۴- اصلاً استفاده نمی کنم <input type="checkbox"/>	

۱-۲- عادات غذایی:

۲۵. چند روز در هفته وعده کامل صبحانه می خورید؟	۱- اصلاً نمی خورم <input type="checkbox"/>	۲- یک یا دو روز <input type="checkbox"/>	۳- سه یا چهار روز <input type="checkbox"/>	۴- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>
۲۶. میزان مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟ (یک سیب متوسط حدود ۱۵۰ گرم است)	۱- اصلاً میوه نمی خورم <input type="checkbox"/>	۲- کمتر از ۲۰۰ گرم <input type="checkbox"/>	۳- ۲۰۰ تا ۵۰۰ گرم <input type="checkbox"/>	۴- بیشتر از ۵۰۰ گرم <input type="checkbox"/>
۲۷. میزان مصرف سبزیهای شما در هفته چقدر است؟	۱- اصلاً نمی خورم <input type="checkbox"/>	۲- یکبار در هفته <input type="checkbox"/>	۳- دو یا سه بار <input type="checkbox"/>	۴- بیشتر روزهای هفته <input type="checkbox"/>
۲۸. میزان مصرف انواع شیرینی (کیک، شکلات و ...) در هفته چقدر است؟	۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>	۲- دو یا سه بار در هفته <input type="checkbox"/>	۳- یکبار در هفته <input type="checkbox"/>	۴- اصلاً نمی خورم <input type="checkbox"/>
۲۹. از غلات حجیم شده (پفک، ذرت و گندم بو داده) چند بار در طول هفته استفاده می کنید؟	۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>	۲- دو یا سه بار در هفته <input type="checkbox"/>	۳- یک بار در هفته <input type="checkbox"/>	۴- اصلاً مصرف نمی کنم <input type="checkbox"/>
۳۰. در طول هفته چند بار از نوشابه های گازدار شیرین، آبمیوه های صنعتی و ماء الشعیر استفاده می کنید؟	۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>	۲- یک یا دو روز در هفته <input type="checkbox"/>	۳- به ندرت <input type="checkbox"/>	
۳۱. غذاهای آماده (فست فود)، سیب زمینی سرخ کرده و چیپس در رژیم غذایی شما چه جایگاهی دارد؟	۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>	۲- دو یا سه بار در هفته <input type="checkbox"/>	۳- یک بار در هفته <input type="checkbox"/>	۴- اصلاً مصرف نمی کنم <input type="checkbox"/>
۳۲. آیا روزانه شیر، ماست و یا دوغ (به میزان دو لیوان) مصرف می کنید؟	۱- اصلاً مصرف نمی کنم <input type="checkbox"/>	۲- یک بار در هفته <input type="checkbox"/>	۳- دو یا سه بار در هفته <input type="checkbox"/>	۴- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>
۳۳. میزان اشتتهای خود را چگونه ارزیابی می کنید؟	۱- زیاد <input type="checkbox"/>	۲- معمولی <input type="checkbox"/>	۳- کم <input type="checkbox"/>	

۱-۳- سابقه پزشکی فرد

۳۴. کدام یک از مشکلات زیر را تاکنون داشته‌اید؟

- ۱ - اختلالات قلبی - عروقی ☐ ۲ - احساس خستگی مزمن ☐ ۳ - دردهای اسکلتی-عضلانی ☐
- ۴ - ناراحتی های گوارشی ☐ ۵ - فشار خون بالا ☐ ۶ - سردرد دوره‌ای ☐
- ۷ - دیابت (بیماری قند) ☐ ۸ - اختلال کارکرد تیروئید ☐ ۹ - کم‌خونی 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، MS، هپاتیت، HIV+ و ...) ☐ ذکر گردد....
- ۱۵ - مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و ...) ☐
- ۱۶ - بستری در بیمارستان ☐ علت :
- ۱۷ - مشکلات مادرزادی ☐ ذکر گردد....
- ۱۸ - معلولیت ☐ نوع و علت :
- ۱۹ - سابقه هیچکدام از بیماریهای فوق را نداشته‌ام ☐

۳۵. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدام یک از مشکلات زیر می‌شوید؟

- ۱- درد قفسه سینه ☐ ۲- سرگیجه ☐ ۳- سرفه ☐ ۴- هیچکدام ☐

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

- ۱- خیر ☐ ۲- بلی ☐ نام دارو(ها) ذکر گردد.....

۳۷. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟

- ۱- خیر ☐ ۲- بلی ☐ نام دارو، علت و مدت استفاده ذکر گردد.....

۳۸. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می‌کنید؟ ۱- بلی ☐ ۲- خیر ☐

اگر بلی چه نوع داروئی مصرف می‌کنید؟

- ۱- آنتی بیوتیکها ☐ ۲- مسکن‌های ساده ☐ ۳- ویتامین و مکمل ☐
- ۴- داروهای آرام بخش ☐ ۵- داروهای نیروزا ☐ ۶- سایر موارد ☐ ذکر گردد.....

۱-۴- سابقه پزشکی خانواده

۳۹. کدام یک 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- بالا بودن چربی‌های خون ☐
- ۷- چاقی ☐ ۸- بیماری‌های اعصاب و روان ☐ ۹- بیماریهای کلیوی ☐

۱-۵- وضعیت ایمن سازی

۴۰. آیا واکسن هپاتیت ب دریافت کرده اید؟

- ۱- بلی ☐ ۲- خیر ☐ ۳- نمی دانم ☐

۴۱. آیا در دوره دبیرستان واکسن توام (دیفتري ، کزاز) دریافت کرده اید؟

- ۱- بلی ☐ ۲- خیر ☐ ۳- نمی دانم ☐

موارد زیر توسط کارشناسان یا پزشکان مرکز بهداشت تکمیل می گردد

۲: معاینات جسمانی

۱-۲ اندازه گیری قد، وزن و فشار خون

۴۲. قد:	۴۳. وزن:	۴۴. BMI :
۴۵. فشار خون ۱- دیاستول: ۲- سیستول: ۴۶. فشار خون بالا (۱۴۰/۹۰ و بالاتر) ۱- بلی ۲- خیر <input type="checkbox"/>		

۲-۲ اندازه گیری قدرت بینایی (طبیعی ☐ اصلاح شده ☐)

۴۷. وضعیت بینایی چشم راست کدام گزینه است؟	۱- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/>	۲- ۹/۱۰ <input type="checkbox"/>	۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
۴۸. وضعیت بینایی چشم چپ کدام گزینه است؟	۱- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/>	۲- ۹/۱۰ <input type="checkbox"/>	۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
۴۹. با توجه به وضعیت بینایی مراجعه دانشجو به چشم پزشک توصیه می شود؟ ۱- بلی ۲- خیر <input type="checkbox"/>			

۳-۲ معاینه دهان و دندان

۵۰. وضعیت بهداشت دهان کدام گزینه است؟	۱- بد <input type="checkbox"/>	۲- متوسط <input type="checkbox"/>	۳- خوب <input type="checkbox"/>
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"/>
۵۲. تعداد دندان های پوسیده چند تا است؟	صفر <input type="checkbox"/> عدد	
۵۳. تعداد دندان های پر شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟	صفر <input type="checkbox"/> عدد	
۵۴. تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟	صفر <input type="checkbox"/> عدد	
۵۵. با توجه به معاینه وضعیت دهان و دندان مراجعه دانشجو به دندانپزشک توصیه می شود؟ ۱- بله ۲- خیر <input type="checkbox"/>			

۳: ارزیابی کارشناس:

نیاز به معاینه پزشک دارد ۱- بلی ۲- خیر <input type="checkbox"/>

۴: ارزیابی پزشک:

۱- سالم است و نیاز به پیگیری ندارد <input type="checkbox"/>	۲- تحت نظر پزشک معالج است <input type="checkbox"/>	۳- نیاز به ارجاع به پزشک متخصص یا سایر اقدامات پزشکی دارد <input type="checkbox"/>
---	--	--

۵: توضیحات پزشک:

امضاء کارشناس :

امضاء پزشک :