



نمون برگ شماره ۴-ب

معاینات پزشکی :

ب- (معاینات جسمی : (توسط پزشک)

ب-۱) قد، وزن، فشار خون، BMI

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

ب-۲) - اندازه گیری قدرت بینایی :

بند-۳- وضعیت بینایی چشم راست: (بعداز اصلاح با عینک) ۱- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- ۹/۱۰ <input type="checkbox"/> ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند-۴- وضعیت بینایی چشم چپ: (بعداز اصلاح با عینک) ۱- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- ۹/۱۰ <input type="checkbox"/> ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند-۵- با توجه به وضعیت بینایی مراجعه داوطلب به چشم پزشک توصیه می شود؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/>
بند-۶- آیا هر دو چشم سالم است ؟ اگر نه نام بیماری.....
بند-۷- اگر از عینک استفاده می کنید؟ شماره چشم چپ راست آستیگماتیسم: راست چپ

ب-۳) - معاینه لثه و دندان ها:

بند-۸- وضعیت بهداشت دندان ها کدام گزینه است؟ ۱. بد <input type="checkbox"/> ۲. متوسط <input type="checkbox"/> ۳. خوب <input type="checkbox"/>
بند-۹- تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی؟ صفر <input type="checkbox"/> عدد
بند-۱۰- با توجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه داوطلب به دندانپزشک توصیه می شود؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/>





وزارت آموزش و پرورش
معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع
مرکز برنامه ریزی منابع انسانی و امور اداری

ب-۴) معاینات بدنی و بررسی های بالینی :

(همکار گرامی لطفاً پیش از معاینه، مروری بر شرح حال باربارا بیتزولیسست بیماری های ممنوع 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 و پستان: 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. سیستم گوارشی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۱. سیستم کلیه ها و مجاری ادراری - تناسلی: 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. بیماری های روماتولوژی، استخوان، مفاصل و عضلات: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ، ذکر شود.....
۱۶. غدد و هورمون ها: 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.....

