

محل الصاق عکس



فرم صحت سلامت

وزارت آموزش و پرورش

اداره کل آموزش و پرورش استان خوزستان

اداره تربیت بدنی و فعالیت‌های ورزشی

از آموزشگاه:

تاریخ:

به ولی محترم دانش آموز:

از جمله اهداف مهم درس تربیت بدنی حفظ سلامت و تندرستی، کمک به بالا بردن سطح آمادگی جسمانی و ایجاد نشاط و شادابی در زندگی شماست. برای دستیابی به این اهداف غنی سازی درس تربیت بدنی و جلوگیری از بروز حوادث ناگوار احتمالی، نیاز به اطلاعاتی در خصوص وضعیت جسمانی می باشد. خواهشمند است در این خصوص همکاری لازم صورت پذیرد.

با تشکر

مدیر و معلم تربیت بدنی آموزشگاه

نام	نام خانوادگی	نام پدر	کلاس	سن	وزن	قد	گروه خونی
نشانی و شماره تماس:							

الف) تاریخچه سلامت (این قسمت توسط ولی دانش آموز تکمیل شود)

- ۱- آیا فرزند شما به بیماری صرع مبتلا است؟
- ۲- آیا فرزند شما به بیماری خونی مبتلا می باشد؟ اگر پاسخ مثبت است، نوع بیماری را مشخص کنید.
- ۳- آیا تا به حال به عضوی از بدن فرزند شما آسیب وارد شده است؟ اگر پاسخ مثبت است، نوع آسیب را شرح دهید.
- ۴- آیا فرزند شما تحت عمل جراحی قرار گرفته؟ اگر پاسخ مثبت است، نوع عمل را مشخص کنید.

امضاء و اثر انگشت ولی دانش آموز

ب) اطلاعات پزشکی (این قسمت توسط پزشک تکمیل شود)

ارائه مدارک پزشکی برای معذوریت‌ها و بیماری‌ها الزامی می باشد

- ۱- وضعیت قلبی-عروقی دانش آموز، جهت شرکت در فعالیت‌های ورزشی متداول مدارس قید شود.
- ۲- آیا دانش آموز از نظر سیستم تنفسی، قابلیت شرکت در فعالیت‌های ورزشی رایج در مدارس را دارد؟ اگر پاسخ منفی است، علت ذکر گردد.
- ۳- اگر مشکلی از نظر فیزیکی یا روانی در دانش آموز وجود دارد که وی را از شرکت در فعالیت‌های ورزشی متداول مدارس معاف می نماید، بیان شود.

مهر و امضاء پزشک

تاریخ معاینه پزشکی:

فرم معاینات ورزشی دانش آموزان

الف: نام و نام خانوادگی دانش آموز : نام پدر : کلاس:

ب: والدین محترم لطفاً در صورت ابتلا یا سابقه وجود هر یک از این بیماریها در فرزندان، در مقابل قسمت مربوطه علامت x بزنید.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> بیماری قلبی عروقی | <input type="checkbox"/> بیماری مغز و اعصاب | <input type="checkbox"/> بیماری های استخوان و مفاصل |
| <input type="checkbox"/> تالاسمی و هموفیلی | <input type="checkbox"/> آسم و آلرژی | <input type="checkbox"/> تنگی نفس |
| <input type="checkbox"/> بیماری قند | <input type="checkbox"/> کم خونی | <input type="checkbox"/> گواتر |
| <input type="checkbox"/> صرع و تشنج | | |

ج: آیا تاکنون در هنگام فعالیت های ورزشی دچار تهوع و سرگیجه و غش شده است؟

د: آیا فرزند شما سال گذشته از انجام فعالیت های ورزشی معاف بوده است؟

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود. (نتیجه معاینات و توصیه ها)

دانش آموز فوق مشکوک به بیماری بوده و احتیاج به معاینه تخصصی و تکمیلی دارد / ندارد.

- دانش آموز فوق از نظر ورزشی باید:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> معاف دائم باشد | <input type="checkbox"/> معاف موقت باشد |
| <input type="checkbox"/> آزاد و بدون محدودیت باشد | <input type="checkbox"/> محدود و تحت نظر باشد |

مهر و امضای پزشک

قسمت ارجاع به پزشک متخصص:

جناب آقای / خانم دکتر متخصص محترم لطفاً ضمن ویزیت نظریه خود را در رابطه با انجام فعالیت های ورزشی نامبرده و همچنین ادامه درمان مرقوم فرمایید.

با تشکر فراوان. مهر و امضای پزشک

نظریه و توصیه پزشک متخصص:

.....
.....
.....
مهر و امضای پزشک متخصص



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی دولتی جندی شاپور اهواز

فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانش آموزان
دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی :
مرکز خدمات سلامت جامعه : شهرستان :

نام خانوادگی : نام پدر : نام

تاریخ تولد : / / کد ملی / کد شناسه (اتباع خارجی)

بیماری نیازمند مراقبت ویژه : ندارد دیابت صرع بیماری قلبی عروقی آسم اسهال آلرژی هموفیلی تالاسمی سرطان
 کمبود G6PD اختلال روانپزشکی سایر(با ذکر نام بیماری) : داروهای مصرفی (بیش از ۳ ماه) :

وضعیت واکسیناسیون از بدو تولد تا ۶ سالگی : کامل ناقص، نوع و نوبت واکسن ها ناقص
در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل :

تاریخ، مهر و امضای مسئول
پایگاه سلامت جامعه / خانه بهداشت

واکسن دو گانه (توام) بزرگسال (۱۶-۱۴ سالگی) : دریافت کرده است
 دریافت نکرده است، تاریخ تلقیح :

تزارش نهایی نتایج معاینات پزشک عمومی

نیاز به مراقبت ویژه ندارد دارد
مبتلا به اختلال / بیماری نمی باشد می باشد نوع مشکل / اختلال :
مراقب ویژه مورد نیاز : مراقب

الف / توصیه ها به : خانواده :
اولیای مدرسه :
ب / توصیه های مربوطه به فعالیت ورزشی : برای انجام فعالیت های ورزشی در حال حاضر هیچ گونه محدودیتی ندارد
 برای انجام فعالیت های ورزشی محدودیت دارد . علت محدودیت :
معاف الوقت : علت : مدت

تاریخ، مهر و امضای پزشک