

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان



شهرستان: مدرسه:

نام و نام خانوادگی: کد ملی:

تاریخ تولد:/...../13..... تاریخ ویزیت جوان:

وزن: قد: نمایه توده بدنی: لاغر طبیعی اضافه وزن چاق
وضعیت فعالیت بدنی (150 دقیقه در هفته فعالیت متوسط تا شدید): مطلوب نامطلوب

سابقه بیماری: ندارد دیابت صرع بیماری قلبی عروقی آسم اسهل آلرژی هموفیلی تالاسمی
 سرطان اختلال روانپزشکی سایر (با ذکر نام بیماری): داروهای مصرفی (بیش از 3 ماه):

مهر و امضای مسئول
پایگاه سلامت جامعه
خانه بهداشت

مصرف مکمل ویتامین د: دارد ندارد

واکسن دوگانه (توام) بزرگسال: دریافت کرده است دریافت نکرده است تاریخ تلقیح:

مشکل دهان و دندان: دارد ندارد

گزارش نهایی نتایج معاینات پزشک عمومی

مهر و امضای پزشک

مبتلا به اختلال/بیماری نمی باشد می باشد

نوع مشکل/اختلال:

نیاز به ارجاع تخصصی ندارد دارد تاریخ ارجاع: تاریخ پیگیری: