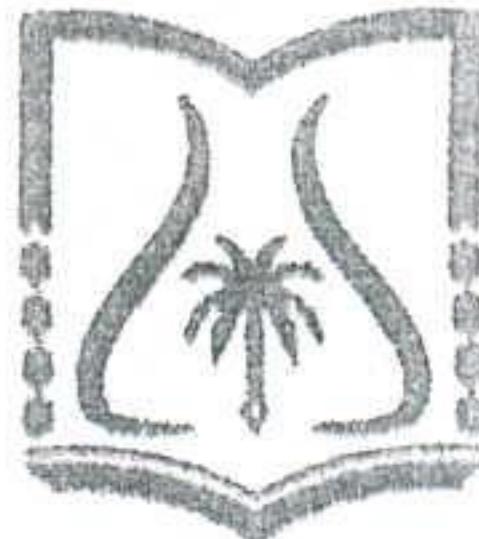


دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان



..... شهرستان:
 مدرسه:
 کدملی:
 تاریخ ویزیت جوان:
 نام و نام خانوادگی:
 تاریخ تولد:/...../13.....

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

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

مصرف مکمل ویتامین د: دارد ندارد

مهر و امراضی مسئول
 پاینده سلامت جامعه
 واکسن دوگانه (توام) بزرگسال): دریافت کرده است دریافت نکرده است تاریخ تلقیح:

مشکل دهان و دندان: دارد ندارد

گزارش نهایی نتایج معاینات پزشک عمومی

مبتلاء اختلال بیماری نمی باشد می باشد
 نوع مشکل / اختلال:
 نیاز به ارجاع تخصصی ندارد دارد تاریخ ارجاع:
 تاریخ پیگیری: