



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
سازمان امور دانشجویان
دفتر مشاوره و سوسانت

کارنامه سلامت جسم دانشجویان ورودی جدید سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸

مرکز بهداشت و درمان
دانشگاههای سراسر کشور

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 محرمانه بودن 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 سؤالات زیر را مطالعه و به دقت همه آنها را پاسخ دهید. در صورت وجود هرگونه ابهام در سؤالات می‌توانید از همکاران مرکز بهداشت و درمان کمک بگیرید. پیشاپیش از همکاری صادقانه و دقت نظر شما دانشجوی عزیز سپاسگزار می‌شود. توجه داشته باشید در صورتی که براساس کتمان در پاسخگویی به سؤالات، 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 مسؤلیتی بر عهده نخواهد داشت.

امضاء دانشجو

۱- مشخصات عمومی دانشجو:

۱. نام و نام خانوادگی:	۲. سن (به سال):
۳. جنسیت: ۱- مذکر <input type="checkbox"/> ۲- مؤنث <input type="checkbox"/>	۴. وضعیت تأهل: ۱- مجرد <input type="checkbox"/> ۲- متأهل <input type="checkbox"/> ۳- سایر <input type="checkbox"/> ذکر گردد <input type="checkbox"/>
۵. نام دانشگاه:	۶. نام دانشکده:
۷. محل تولد (استان):	۸. ملیت: (برای دانشجویان غیر ایرانی)
۹. گروه خونی:	۱۰. رشته تحصیلی پذیرفته شده: ۱۱. شماره دانشجویی:
۱۲. 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 <input type="checkbox"/>	
۱۳. در کدام گروه آزمایشی زیر پذیرفته شده اید: ۱- علوم ریاضی و فنی <input type="checkbox"/> ۲- علوم تجربی <input type="checkbox"/> ۳- علوم انسانی <input type="checkbox"/> ۴- هنر <input type="checkbox"/> ۵- زبان‌های خارجی <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. محل سکونت دوره دانشجویی: ۱- با خانواده <input type="checkbox"/> ۲- در خوابگاه <input type="checkbox"/> ۳- در خوابگاه خودگردان <input type="checkbox"/>	
۴- در خانه اجاره‌ای با دوستان <input type="checkbox"/> ۵- در خانه اجاره‌ای به تنهایی <input type="checkbox"/> ۶- در خانه اقوام <input type="checkbox"/>	
۱۶. آدرس پست الکترونیک (ایمیل): شماره تلفن ثابت / همراه:	

۲- سوابق مواجهه با عوامل زیان آور محیطی (در محیط کار یا تحصیل) (ویژه دانشجویان تحصیلات تکمیلی)

۱۷. آیا تاکنون با موارد ذیل سروکار داشته اید؟	
۱- سرو صدای بیش از حد مجاز	بلی <input type="checkbox"/> لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر <input type="checkbox"/>
۲- ارتعاشات	بلی <input type="checkbox"/> لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر <input type="checkbox"/>
۳- اشعه	بلی <input type="checkbox"/> لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر <input type="checkbox"/>
۴- مواد شیمیایی	بلی <input type="checkbox"/> لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر <input type="checkbox"/>
۵- مواد بیولوژیکی	بلی <input type="checkbox"/> لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر <input type="checkbox"/>
۱۸. آیا در حال حاضر غیر از تحصیل، شاغل می‌باشید؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/> لطفأ نام شغل و وظیفه شما در شغل ذکر گردد	
۱۹. آیا تاکنون دوره آموزشی مرتبط با ایمنی در محیط آزمایشگاه یا کارگاه را گذرانده اید؟	
۱- خیر <input type="checkbox"/>	۲- بلی <input type="checkbox"/> لطفأ نام دوره، مدت و محل آن ذکر گردد...
۳- با توجه به رشته تحصیلی قبلی ام نیازی به این دوره نداشته ام <input type="checkbox"/>	

موارد زیر توسط دانشجو تکمیل می گردد

۳- عادات سلامت فردی

۲۰. در طول یک هفته، چندروز 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- پنج تا هفت روز <input type="checkbox"/>
۲۱. در شبانه روز چند بار مسواک می زنید؟	۱- اصلاً مسواک نمی زنم <input type="checkbox"/> ۲- گاهی مسواک می زنم <input type="checkbox"/> ۳- یک بار در روز <input type="checkbox"/> ۴- بیش از یک بار <input type="checkbox"/>
۲۲. میزان استفاده شما از نخ دندان چقدر است؟	۱- اصلاً استفاده نمی کنم <input type="checkbox"/> ۲- هر چند روز یکبار <input type="checkbox"/> ۳- هر روز <input type="checkbox"/>
۲۳. معمولاً الگوی خواب و بیداری شما چگونه است؟	۱- نداشتن برنامه منظم <input type="checkbox"/> ۲- داشتن برنامه منظم <input type="checkbox"/>
۲۴. بطور متوسط در شبانه روز چند ساعت می خوابید؟	۱- کمتر از ۶ ساعت <input type="checkbox"/> ۲- ۶ تا ۸ ساعت <input type="checkbox"/> ۳- ۸ تا ۱۰ ساعت <input type="checkbox"/> ۴- بیش از ۱۰ ساعت <input type="checkbox"/>
۲۵. کدام یک از گزینه های زیر در مورد سیگار کشیدن در رابطه با شما صدق می کند؟	۱- قبلاً استفاده می کردم ماه / سال قبل ترک کرده ام. <input type="checkbox"/> ۲- اصلاً استفاده نمی کنم <input type="checkbox"/> ۳- بطور موردی استفاده می کنم <input type="checkbox"/> ۴- روزانه استفاده می کنم <input type="checkbox"/> تعداد نخ - به مدت ماه / سال
۲۶. کدام یک از گزینه های زیر در مورد مصرف قلیان برای شما صدق می کند؟	۱- قبلاً استفاده می کردم ماه / سال قبل ترک کرده ام. <input type="checkbox"/> ۲- اصلاً استفاده نمی کنم <input type="checkbox"/> ۳- بطور موردی استفاده می کنم <input type="checkbox"/> ۴- هفتگی استفاده می کنم <input type="checkbox"/> نوبت - به مدت ماه / سال
۲۷. در طول شبانه روز معمولاً کدام یک از ابزارهای زیر را بطور مداوم و به چه مدت استفاده می کنید؟	۱- تبلت / لپ تاپ / کامپیوتر <input type="checkbox"/> ساعت ۲- موبایل <input type="checkbox"/> ساعت ۳- XBOX و سایر <input type="checkbox"/> ساعت

۴- عادات غذایی:

۲۸. چند روز در هفته وعده کامل صبحانه می خورید؟ (صبحانه کامل شامل غلات یا کربوهیدرات مانند نان، لبنیات یا غذاهای کلسیم دار مانند پنیر و میوه می باشد)	۱- به ندرت <input type="checkbox"/> ۲- ۱ یا ۲ روز <input type="checkbox"/> ۳- ۳ یا ۴ روز <input type="checkbox"/> ۴- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>
۲۹. چه مدت زمانی را برای صرف یک وعده غذا اختصاص می دهید؟	۱- کمتر از ۱۰ دقیقه <input type="checkbox"/> ۲- بین ۱۰ تا ۲۰ دقیقه <input type="checkbox"/> ۳- بین ۲۰-۳۰ دقیقه <input type="checkbox"/> ۴- بیشتر از ۳۰ دقیقه <input type="checkbox"/>
۳۰. میزان مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟ (یک واحد معادل یک فنجان میوه ریز و یا یک سیب متوسط است)	۱- به ندرت <input type="checkbox"/> ۲- کم (کمتر از ۲ واحد) <input type="checkbox"/> ۳- متوسط (۲ تا ۴ واحد) <input type="checkbox"/> ۴- زیاد (بیشتر از ۴ واحد) <input type="checkbox"/>
۳۱. روزانه چند واحد سبزیجات مصرف می کنید؟ (یک واحد سبزی = یک لیوان سبزی خام مانند سبزی خوردن یا کاهو، نصف لیوان سبزی پخته مانند هویج یا لوبیاسبز)	۱- به ندرت <input type="checkbox"/> ۲- کم (کمتر از ۲ واحد) <input type="checkbox"/> ۳- متوسط (۲ تا ۴ واحد) <input type="checkbox"/> ۴- زیاد (بیشتر از ۴ واحد) <input type="checkbox"/>
۳۲. تعداد دفعات استفاده شما از انواع شیرینی (کیک، شکلات و ...) در هفته چقدر است؟	۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/> ۲- ۲ یا ۳ بار در هفته <input type="checkbox"/> ۳- ۱ بار در هفته <input type="checkbox"/> ۴- به ندرت <input type="checkbox"/>
۳۳. تعداد دفعات استفاده شما از تنقلات (چیپس، پفک، پفیلا و ...) در هفته چقدر است؟	۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/> ۲- ۲ یا ۳ بار در هفته <input type="checkbox"/> ۳- ۱ بار در هفته <input type="checkbox"/> ۴- به ندرت <input type="checkbox"/>
۳۴. 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- ۱ یا ۲ روز در هفته <input type="checkbox"/> ۳- به ندرت <input type="checkbox"/>
۳۵. تعداد دفعات استفاده شما از غذاهای آماده (فست فود) در هفته چقدر است؟	۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/> ۲- ۲ یا ۳ بار در هفته <input type="checkbox"/> ۳- ۱ بار در هفته <input type="checkbox"/> ۴- به ندرت <input type="checkbox"/>
۳۶. روزانه چه میزان لبنیات مصرف می کنید؟ (یک واحد لبنیات برابر با یک لیوان شیر یا ماست یا دو قوطی کبریت پنیر)	۱- به ندرت <input type="checkbox"/> ۲- کم (کمتر از ۲ واحد) <input type="checkbox"/> ۳- متوسط (۲ تا ۳ واحد) <input type="checkbox"/> ۴- زیاد (بیشتر از ۳ واحد) <input type="checkbox"/>
۳۷. چه میزان غذای گوشتی و پروتئینی در روز مصرف می کنید؟ (یک واحد پروتئین برابر است با یک قوطی کبریت گوشت قرمز بدون چربی یا سفید یا ماهی، یک قوطی کبریت پنیر، یک فنجان حبوبات یا یک عدد تخم مرغ)	۱- به ندرت <input type="checkbox"/> ۲- کم (کمتر از ۲ واحد) <input type="checkbox"/> ۳- متوسط (۲ تا ۳ واحد) <input type="checkbox"/> ۴- زیاد (بیشتر از ۳ واحد) <input type="checkbox"/>
۳۸. تخم مرغ چه میزان از پروتئین رژیم غذایی شما را تامین می کند؟	۱- روزانه ۱ عدد <input type="checkbox"/> ۲- ۲ یا ۳ عدد در هفته <input type="checkbox"/> ۳- به ندرت <input type="checkbox"/>
۳۹. در شش ماه گذشته وزن شما چه تغییری داشته است؟	۱- تغییر وزن نداشته ام <input type="checkbox"/> ۲- ده درصد افزایش وزن بدن یا بیشتر <input type="checkbox"/> ۳- ده درصد کاهش وزن بدن یا بیشتر <input type="checkbox"/> ۴- تغییر وزن کمتر از ده درصد <input type="checkbox"/>
۴۰. آیا کمتر از یک ساعت بعد از غذا چای می نوشید؟	۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/>

۴۱. آیا معمولاً هنگام خوردن غذا به آن نمک اضافه می کنید؟

- ۱- خیر
- ۲- بلی

۵- سابقه پزشکی فرد (کدام یک از مشکلات زیر را تاکنون داشته‌اید؟)

۴۲. گردش خون و قلب:	۱- فشار خون بالا	۲- بیماری قلبی	۳- کم‌خونی تأیید شده
۴- بی‌نظمی ضربان قلب	۵- سایر ذکر شود ...	۶- هیچکدام	
۴۳. گوارش و کبد:	۱- مشکلات بلع غذا	۲- ترش کردن مکرر	۳- ناراحتی معده و اثنی عشر
۴- زردی و برقان	۵- اسهال مزمن	۶- یبوست مزمن	۷- سایر ذکر شود ...
۴۴. بینایی:	۱- کوررنگی	۲- دو بینی	۳- کاهش دید
۴- کوررنگی	۵- سایر ذکر شود ...	۶- هیچکدام	
۴۵. گوش و حلق و بینی:	۱- وزوز گوش	۲- کاهش شنوایی	۳- سینوزیت مزمن
۴- سینوزیت مزمن	۵- سایر ذکر شود ...	۶- هیچکدام	
۴۶. مغز و اعصاب:	۱- از دست دادن هشیاری	۲- صرع و تشنج	۳- سردرد مکرر
۴- سرگیجه دوره ای	۵- MS	۶- سایر ذکر شود ...	۷- هیچکدام
۴۷. ادراری / تناسلی:	۱- سنگ کلیه	۲- عفونت ادراری	۳- عفونت های دستگاه تناسلی
۴- سایر ذکر شود ...	۵- هیچکدام	۶- هیچکدام	
۴۸. تنفسی:	۱- عفونت مکرر دستگاه تنفسی	۲- سرفه های بیش از دوهفته	۳- آسم
۴- تنگی نفس	۵- سایر ذکر شود ...	۶- هیچکدام	
۴۹. پوست:	۱- آکنه	۲- عفونت های پوستی (قارچ و ...)	۳- ناراحتی های پوستی
۴- سایر موارد:	۱- چربی خون بالا	۲- دردهای اسکلتی-عضلانی	۳- مشکلات مادرزادی
۴- دیابت (بیماری قند)	۵- اختلالات تیروئید	۶- احساس خستگی مزمن	۷- سل
۱۰- سرطان یا تومور	ذکر شود ...	۱۱- معلولیت	نوع و علت:
۵۱. کدام یک از آسیب دیدگی و حوادث زیر برای شما اتفاق افتاده است؟	۱- شکستگی و آسیب استخوانی	۲- ضربه مغزی	۳- سوختگی شدید
۴- سایر موارد:	۱- خیر	۲- بلی	۳- برق گرفتگی
۵۲. آیا سابقه مصرف طولانی مدت دارو را دارید؟	نام دارو.....	میزان مصرف.....	مدت زمان مصرف.....
۵۳. آیا شما به داروی خاصی حساسیت دارید؟	نام دارو.....	نوع واکنش به دارو.....	۱- خیر
۵۴. کدامیک از حساسیت های ذکر شده زیر را دارید؟	۱- غذا	۲- محیط (گرده گیاهان، گرد و خاک و ...)	سایر موارد را ذکر نمایید
۵۵. چه نوع دارویی را بدون تجویز پزشک مصرف می کنید؟	۱- آنتی بیوتیکها	۲- مسکن های ساده	۳- ویتامین ها و مکمل های غذایی
۴- بدون تجویز هر دارویی مصرف می کنم	۵- داروهای نیروزا	۶- بدون تجویز اصلاً مصرف نمی کنم	۷- سایر موارد ذکر گردد.....

۶- سابقه پزشکی خانواده

۵۶. کدام یک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟	۱- دیابت (بیماری قند)	۲- سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال	۳- فشار خون بالا	۴- سرطان	۵- سل
۶- چربی خون بالا	۷- چاقی	۸- آلرژی	۹- بیماری های اعصاب و روان	۱۰- بیماری های کلیوی	۱۱- سکته مغزی
۱۴- بیماری های قلبی و عروقی	۱۵- اختلال تیروئید	۱۶- مصرف دخانیات (سیگار، پپ، قلیان)	۱۷- هیچکدام	۱۸- سایر موارد ذکر گردد.....	۱۹- اختلالات ژنتیکی

۷- ارزیابی عملکرد

۵۷. آیا به دلیل بیماری خاصی در حال حاضر تحت مراقبت پزشک هستید؟	۱- بلی	بیماری و مدت زمان درمان ذکر گردد.....	۲- خیر
۵۸. آیا در حال حاضر درد خاص و یا مزمنی در خود احساس می کنید؟	۱- بلی	ذکر گردد.....	۲- خیر
۵۹. کدام یک از فعالیت های زیر به دلیل مشکل جسمی شما محدود شده است؟	۱- کار روزانه	۲- ورزش ملایم	۳- ورزش حرفه ای
۶۰. هنگام انجام ورزش سنگین (مانند دویدن) دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟	۱- درد قفسه سینه	۲- سرفه	۳- سرگیجه
۵- هیچکدام	۴- یادگیری	۵- هیچکدام	

موارد زیر توسط پرستار و یا کارشناسان مرکز بهداشت تکمیل گردد

۸: معاینات جسمانی

$$BMI = \frac{\text{وزن (kg)}}{\text{قد (m)}^2}$$

۸-۱- اندازه گیری قد، وزن و فشار خون (محاسبه BMI از روش

۶۱. قد (سانتی متر):	۶۲. وزن (کیلوگرم):	BMI: ۶۳	۶۴. فشار خون (میلیمتر جیوه): #
---------------------	--------------------	---------	--------------------------------

۸-۲- اندازه گیری قدرت بینایی (طبیعی) اصلاح شده (اعمال جراحی، عینک، لنز و...)

۶۵. 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"/>	کوررنگی <input type="checkbox"/> نابینایی <input type="checkbox"/>
۶۶. 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"/>	کوررنگی <input type="checkbox"/> نابینایی <input type="checkbox"/>

۸-۳- معاینه دهان و دندان

۶۷. وضعیت بهداشت دهان کدام گزینه است؟	۱- بد <input type="checkbox"/>	۲- متوسط <input type="checkbox"/>	۳- خوب <input type="checkbox"/>	
۶۸. 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"/>	
۶۹. تعداد دندان های پوسیده چند تا است؟	۱- صفر <input type="checkbox"/>	۲- عدد <input type="checkbox"/>		
۷۰. تعداد دندان های پر شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟	۱- صفر <input type="checkbox"/>	۲- عدد <input type="checkbox"/>		
۷۱. تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟	۱- صفر <input type="checkbox"/>	۲- عدد <input type="checkbox"/>		

۹- ارزیابی کارشناس:

* در صورتی که در هر یک از موارد بندهای ۵ تا ۸ اختلالی رویت گردید نیاز به بررسی و معاینه پزشک دارد
 ** در صورت مثبت بودن هر یک از موارد سابقه پزشکی دیابت در بستگان درجه یک، فشار خون بالای فرد، چربی خون بالای فرد و $BMI > 25$ فرد باید مورد آزمایش قند خون ناشتا در آزمایشگاه قرار گیرد.

۷۲. نیاز به آزمایش قند خون ناشتا دارد؟	۱- بلی <input type="checkbox"/>	۲- خیر <input type="checkbox"/>	۳- نتیجه آزمایش قند خون (در صورت انجام).....
۷۳. نیاز به معاینه پزشک دارد؟	۱- بلی <input type="checkbox"/>	۲- خیر <input type="checkbox"/>	

۱۰- نتیجه ارزیابی پزشک و پیگیری نهایی:

۷۴. نتیجه ارزیابی پزشک:			
۱- سالم است و نیاز به پیگیری ندارد <input type="checkbox"/>			
۲- تحت نظر پزشک معالج است <input type="checkbox"/> تشخیص:.....			
۳- نیازمند پیگیری مرکز بهداشت و درمان است (اعم از نیاز به مراجعه مجدد، معاینه تکمیلی، ارجاع به متخصص یا سایر اقدامات پزشکی) <input type="checkbox"/>			
تشخیص اولیه ذکر گردد.....			
۷۵. نتیجه پیگیری انجام شده:			
۱- سالم است <input type="checkbox"/>	۲- نیاز به درمان دارد <input type="checkbox"/>	۳- نیاز به بررسی بیشتر دارد <input type="checkbox"/>	

۱۳- توضیحات:

.....

امضاء کارشناس:

امضاء پزشک: