

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی / ایران / تهران		اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران	
"فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانش آموزان"			
ولی / سرپرست قانونی محترم دانش آموز:		تاریخ تولد:	
کد ملی / کد شناسه (اتباع خارجی):		پایه:	
با امضاء این صفحه تأیید می نمایید از اقدامات و بررسی ها دوره ای که برای شناسایی اختلالات/بیماری های احتمالی فرزندان با صورت می گیرد، مطلع هستید و به آن رضایت می دهید و در صورت نیاز جهت پیگیری فعالیت درمانی و خدمات حمایتی وی همکاری خواهید نمود.			
آدرس محل سکونت:		تلفن تماس:	
نام و امضاء ولی/سرپرست قانونی محترم دانش آموز:			
شهرستان:		شبکه / مرکز بهداشت:	
نام مرکز / پایگاه / خانه بهداشت:		نام مدرسه یا پایگاه سنجش:	
بیماری نیازمند مراقبت ویژه: ☐ ندارد ☐ دیابت ☐ صرع ☐ بیماری قلبی عروقی ☐ آسم ☐ سل ☐ آلرژی ☐ هموفیلی ☐ تالاسمی ☐ سرطان ☐ کمبود G6PD ☐ اختلال روانپزشکی ☐ سایر (با ذکر نام بیماری):			
وضعیت واکسیناسیون از بدو تولد تا ۶ سالگی: ☐ کامل ☐ ناقص		در صورت ناقص بودن، تاریخ تکمیل:	
		مهر مرکز/پایگاه/خانه بهداشت:	
واکسن دوگانه (توام) بزرگسال (۱۶-۱۴ سالگی): ☐ دریافت کرده است ☐ دریافت نکرده است		تاریخ تلقیح:	
واکسن سه گانه (توام) بزرگسال (۱۶-۱۴ سالگی): ☐ دریافت کرده است ☐ دریافت نکرده است		تاریخ تلقیح:	
گزارش نهایی نتایج معاینات پزشک عمومی			
مبتلا به اختلال/بیماری ☐ نمی باشد ☐ می باشد		نوع مشکل / اختلال:	
نیاز به مراقبت ویژه ☐ ندارد ☐ دارد		مراقبت ویژه مورد نیاز:	
توصیه ها به خانواده:			
توصیه ها به اولیای مدرسه:			
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		مهر و امضای پزشک:	
علت محدودیت:		تاریخ:	
☐ معاف موقت: علت مدت			