



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

سازمان امور دانشجویان

دفتر مشاوره و سلامت

کارنامه سلامت جسم دانشجویان ورودی جدید

سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴

مرکز بهداشت و درمان

دانشگاه های 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 دقت‌نظر شما دانشجوی عزیز سپاسگزاری می‌شود. توجه داشته باشید در صورتی که براساس کتمان در پاسخگوئی 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 مسئولیتی بر عهده نخواهد داشت.

امضاء دانشجو

۱- مشخصات عمومی دانشجو

۱. نام و نام خانوادگی:	۲. سن (به سال):
۳. جنسیت: ۱- مذکر ☐ ۲- مؤنث ☐	۴. وضعیت تأهل: ۱- مجرد ☐ ۲- متأهل ☐ ۳- سایر ☐ ذکر گردد
۵. نام دانشگاه:	۶. نام دانشکده:
۷. محل تولد (استان : شهر:)	۸. ملیت : (برای دانشجویان غیر ایرانی)
۹. گروه خونی: نمی دانم ☐	۱۰. رشته تحصیلی پذیرفته شده: ۱۱. شماره دانشجویی:
۱۲. مقطع تحصیلی پذیرفته شده در دانشگاه: ۱- فوق دیپلم ☐ ۲- کارشناسی ☐ ۳- کارشناسی ارشد ☐ ۴- دکترای حرفه‌ای ☐ ۵- دکترای تخصصی ☐	
۱۳. در کدام گروه آزمایشی پذیرفته شده اید؟ ۱- علوم ریاضی و فنی ☐ ۲- علوم تجربی ☐ ۳- علوم انسانی ☐ ۴- هنر ☐ ۵- زبان های خارجی ☐	
۱۴. دارای دفترچه بیمه : ۱- خدمات درمانی ☐ ۲- تأمین اجتماعی ☐ ۳- نیروهای مسلح ☐ ۴- بانک، شهرداری و غیره ☐ ۵- بدون بیمه ☐	
۱۵. محل سکونت دوره دانشجویی: ۱- باخانواده ☐ ۲- در خوابگاه دولتی ☐ ۳- در خوابگاه خودگردان ☐ ۴- در خانه اجاره‌ای با دوستان ☐ ۵- در خانه اجاره‌ای به تنهایی ☐	
۱۶. آدرس پست الکترونیک (ایمیل): شماره تلفن ثابت / همراه:	

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

۱۷. آیا تاکنون با موارد ذیل سروکار داشته اید؟	
۱- سروصدای بیش از حد مجاز ☐ خیر ☐ بلی ☐ لطفاً منبع آن ذکر گردد	۲- ارتعاشات ☐ خیر ☐ بلی ☐ لطفاً منبع آن ذکر گردد
۳- اشعه ☐ خیر ☐ بلی ☐ لطفاً منبع آن ذکر گردد	۴- مواد شیمیایی ☐ خیر ☐ بلی ☐ لطفاً نام آن ذکر گردد
۵- مواد بیولوژیکی ☐ خیر ☐ بلی ☐ لطفاً نام آن ذکر گردد	
۱۸. آیا در حال حاضر غیر از تحصیل، شاغل می‌باشید؟ ۱- خیر ☐ ۲- بلی ☐ لطفاً 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 ☐ ۲- بلی ☐ لطفاً نام دوره، مدت و محل آن ذکر گردد...	۳- با توجه به رشته تحصیلی قبلی ام نیازی به این دوره نداشته‌ام ☐

۳- عادات سلامت فردی

۲۰. در طول یک هفته، چند روز حداقل به مدت سی دقیقه فعالیت بدنی دارید؟ (ورزش متوسط مانند پیاده روی سریع، شنا کردن یا دوچرخه سواری و...)	۱- اصلاً ندارم ☐	۲- یک یا دو روز ☐	۳- سه یا چهار روز ☐	۴- تمام روزهای هفته ☐
۲۱. در شبانه روز چند بار مسواک می زنید؟	۱- اصلاً مسواک نمی زنم ☐	۲- گاهی مسواک می زنم ☐	۳- یک بار در روز ☐	۴- بیش از یک بار ☐
۲۲. میزان استفاده شما از نخ دندان چقدر است؟	۱- اصلاً استفاده نمی کنم ☐	۲- هر چند روز یکبار ☐	۳- هر روز ☐	
۲۳. معمولاً الگوی خواب و بیداری شما چگونه است؟	۱- نداشتن برنامه منظم ☐	۲- داشتن برنامه منظم ☐		
۲۴. بطور متوسط در شبانه روز چند ساعت می خوابید؟	۱- کمتر از ۶ ساعت ☐	۲- ۶ تا ۸ ساعت ☐	۳- ۸ تا ۱۰ ساعت ☐	۴- بیش از ۱۰ ساعت ☐
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.		
۲- اصلاً استفاده نمی کنم ☐	۳- بطور موردی استفاده می کنم ☐	۴- روزانه استفاده می کنم ☐	 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.		
۲- اصلاً استفاده نمی کنم ☐	۳- بطور موردی استفاده می کنم ☐	۴- هفتگی استفاده می کنم ☐	 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 ☐	 ساعت	۲- موبایل ☐	 ساعت
			۳- XBOX و سایر ☐	 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 ☐	۲- ۱ یا ۲ روز ☐	۳- ۳ یا ۴ روز ☐	۴- تمام روزهای هفته ☐
۲۹. چه مدت زمانی را برای صرف یک وعده غذا اختصاص می دهید؟	۱- کمتر از ۱۰ دقیقه ☐	۲- بین ۱۰ تا ۲۰ دقیقه ☐	۳- بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه ☐	۴- بیشتر از ۳۰ دقیقه ☐
۳۰. میزان مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟ (یک واحد معادل یک فنجان میوه ریز و یا یک سیب متوسط است)	۱- به ندرت ☐	۲- کم (کمتر از ۲ واحد) ☐	۳- متوسط (۲ تا ۴ واحد) ☐	۴- زیاد (بیش تر از ۴ واحد) ☐
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 ☐	۲- کم (کمتر از ۳ واحد) ☐	۳- متوسط (۳ تا ۵ واحد) ☐	۴- زیاد (بیشتر از ۵ واحد) ☐
۳۲. تعداد دفعات استفاده شما از انواع شیرینی (کیک، شکلات و ...) در هفته چقدر است؟	۱- تمام روزهای هفته ☐	۲- ۲ یا ۳ بار در هفته ☐	۳- ۱ بار در هفته ☐	۴- به ندرت ☐
۳۳. تعداد دفعات استفاده شما از تنقلات (چیپس، پفک، پفیلا و ...) در هفته چقدر است؟	۱- تمام روزهای هفته ☐	۲- ۲ یا ۳ بار در هفته ☐	۳- ۱ بار در هفته ☐	۴- به ندرت ☐
۳۴. در طول هفته چند بار از نوشابه های گازدار شیرین، آبمیوه های صنعتی و ماء الشعیر استفاده می کنید؟	۱- تمام روزهای هفته ☐	۲- ۱ یا ۲ روز در هفته ☐	۳- به ندرت ☐	
۳۵. تعداد دفعات استفاده شما از غذاهای آماده (فست فود) در هفته چقدر است؟	۱- تمام روزهای هفته ☐	۲- ۲ یا ۳ بار در هفته ☐	۳- ۱ بار در هفته ☐	۴- به ندرت ☐
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 ☐	۲- کم (کمتر از ۲ واحد) ☐	۳- متوسط (۲ تا ۳ واحد) ☐	۴- زیاد (بیش از ۳ واحد) ☐
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 ☐	۲- کم (کمتر از ۲ واحد) ☐	۳- متوسط (۲ تا ۳ واحد) ☐	۴- زیاد (بیش از ۳ واحد) ☐
۳۸. تخم مرغ چه میزان از پروتئین رژیم غذایی شما را تامین می کند؟	۱- روزانه ۱ عدد ☐	۲- ۲ یا ۳ عدد در هفته ☐	۳- به ندرت ☐	
۳۹. در شش ماه گذشته وزن شما چه تغییری داشته است؟	۱- تغییر وزن نداشته ام ☐	۲- ده درصد افزایش وزن بدن یا بیشتر ☐	۳- ده درصد کاهش وزن بدن یا بیشتر ☐	۴- تغییر وزن کمتر از ده درصد ☐
۴۰. آیا کمتر از یک ساعت بعد از غذا چای می نوشید؟	۱- خیر ☐	۲- بلی ☐		
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 ☐
۵- هپاتیت B یا C ☐	۶- زردی و یرقان ☐	۷- اسهال مزمن ☐	۸- یبوست مزمن ☐
۹- سایر ذکر شود	۱۰- هیچکدام ☐	۴- حالت تهوع مکرر ☐	
۴۴. بینایی:	۱- کوررنگی ☐	۲- دو بینی ☐	۳- کاهش دید ☐
۴- سایر ذکر شود	۵- هیچکدام ☐	۶- سایر ذکر شود	
۴۵. گوش و حلق و بینی:	۱- وزوز گوش ☐	۲- کاهش شنوایی ☐	۳- سینوزیت مزمن ☐
۴- خونریزی مکرر از بینی ☐	۵- هیچکدام ☐	۶- سایر ذکر شود	
۴۶. مغز و اعصاب:	۱- از دست دادن هشیاری ☐	۲- صرع و تشنج ☐	۳- سردرد مکرر ☐
۵- MS ☐	۶- سایر ذکر شود	۷- هیچکدام ☐	۴- سرگیجه دوره ای ☐
۴۷. ادراری/تناسلی:	۱- سنگ کلیه ☐	۲- عفونت ادراری ☐	۳- عفونت های دستگاه تناسلی ☐
۴- تنگی نفس ☐	۵- سایر ذکر شود	۶- هیچکدام ☐	۴- سایر ذکر شود
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 ☐
۵- سایر موارد: ☐	۶- هیچکدام ☐	۴- سایر ذکر شود	۵- هیچکدام ☐
۵۰. 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 ☐	۱۱- معلولیت ☐	۱۲- هیچکدام ☐	۹- مشکلات خواب ☐
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- برق گرفتگی ☐	۵- سایر ذکر شود	۶- هیچکدام ☐	
۵۲. آیا سابقه مصرف طولانی مدت دارو را دارید؟	نام دارو.....	میزان مصرف.....	مدت زمان مصرف.....
۱- خیر ☐	۲- بلی ☐	علت مصرف.....	
۵۳. آیا شما به داروی خاصی حساسیت دارید؟	نام دارو.....	۱- خیر ☐	۲- بلی ☐
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- داروهای آرام بخش ☐	۵- داروهای نیروزا ☐	۶- بدون تجویز هر دارویی مصرف می کنم ☐	۷- بدون تجویز اصلاً مصرف نمی کنم ☐
۸- سایر موارد ☐	۹- هیچکدام ☐	۱۰- هیچکدام ☐	۱۱- هیچکدام ☐

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 ☐
۱۲- آسم ☐	۱۳- اختلالات ژنتیکی ☐	۱۴- بیماری های قلبی و عروقی ☐	۱۵- اختلال تیروئید ☐	۱۶- مصرف دخانیات (سیگار، پپ، قلیان) ☐	۱۷- هیچکدام ☐

۷- ارزیابی عملکرد

۵۷. آیا به دلیل بیماری خاصی در حال حاضر تحت مراقبت پزشک هستید؟	۱- خیر ☐	۲- بلی ☐	بیماری و مدت زمان درمان ذکر گردد....
۵۸. آیا در حال حاضر درد خاص و یا مزمنی در خود احساس می کنید؟	۱- خیر ☐	۲- بلی ☐	ذکر گردد....
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 ☐
۴- یادگیری ☐	۵- هیچکدام ☐	۶- هیچکدام ☐	۷- هیچکدام ☐
۶۰. هنگام انجام ورزش سنگین (مانند دویدن) دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟	۱- درد قفسه سینه ☐	۲- سرفه ☐	۳- سرگیجه ☐
۴- هیچکدام ☐	۵- هیچکدام ☐	۶- هیچکدام ☐	۷- هیچکدام ☐

موارد زیر توسط پرستار و یا کارشناسان مرکز بهداشت تکمیل گردد

۸- معاینات جسمانی

۸-۱- اندازه گیری قد، وزن و فشار خون (محاسبه BMI از روش $BMI = \frac{\text{وزن (kg)}}{\text{قد}^2 (m)}$)

۶۱ قد (سانتی متر): ۶۲ وزن (کیلوگرم): ۶۳ BMI: ۶۴ فشار خون (میلیمتر جیوه): $\frac{\text{مکانیزم (سیستولیک)}}{\text{میتیم (دیاستولیک)}} = \dots$

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 ☐ ۲- ۹/۱۰ ☐ ۳- ۸/۱۰ و کمتر ☐

۶۶ وضعیت بینایی چشم چپ کدام گزینه است؟

۱- ۱۰/۱۰ ☐ ۲- ۹/۱۰ ☐ ۳- ۸/۱۰ و کمتر ☐

۸-۳- معاینه دهان و دندان

۶۷ وضعیت بهداشت دهان کدام گزینه است؟

۱- بد ☐ ۲- متوسط ☐ ۳- خوب ☐

۶۸ وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است؟

۱- بیماری لثه (پیوره) ☐ ۲- التهاب لثه ☐ ۳- طبیعی ☐

۶۹ تعداد دندان های پوسیده چند تا است؟

۱- صفر ☐ ۲- عدد

۷۰. تعداد دندان های پر شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟

۱- صفر ☐ ۲- عدد

۷۱. تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟

۱- صفر ☐ ۲- عدد

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 معاینه پزشک دارد؟

۱- خیر ☐ ۲- بلی ☐

۷۳. نیاز به آزمایش قند خون ناشتا دارد؟

۱- خیر ☐ ۲- بلی ☐

۱۰- ارزیابی پزشک

۷۴. سالم است و نیاز به پیگیری ندارد ☐

۷۵. نیازمند پیگیری مرکز بهداشت و درمان است (اعم از نیاز به مراجعه مجدد، معاینه تکمیلی، نتیجه آزمایش قند خون ناشتا، ارجاع به متخصص یا سایر اقدامات پزشکی)

☐ تشخیص اولیه ذکر گردد

۷۶. تحت نظر پزشک معالج است ☐ تشخیص (ها):

۱-

۲-

۱۱- نتیجه ارجاعات پزشکی

۱- نتیجه آزمایش قند خون ناشتا (در صورت انجام):

۲-

۱۲- توضیحات

امضاء کارشناس:

امضاء پزشک: