



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

کارنامه سلامت جسم دانشجویان ورودی جدید

سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷

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 محرومانه 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 سپاسگزاری 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 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 زیر 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- با خانواده ☐ ۲- در خوابگاه ☐ ۳- در خوابگاه خودگردان ☐ ۴- در خانه اجاره‌ای با دوستان ☐ ۵- در خانه اجاره‌ای به تنهایی ☐ ۶- در خانه اقوام ☐	
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 ☐ لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر ☐
۲- ارتعاشات	بلی ☐ لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر ☐
۳- اشعه	بلی ☐ لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر ☐
۴- مواد شیمیایی	بلی ☐ لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر ☐
۵- مواد بیولوژیکی	بلی ☐ لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر ☐
۱۸. آیا در حال حاضر غیر از تحصیل، شاغل می باشید؟ ۱- خیر ☐ ۲- بلی ☐ 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 ☐ ۲- بلی ☐ لطفأ نام دوره، مدت و محل آن ذکر گردد...	۳- با توجه به رشته تحصیلی قبلی ام نیازی به این دوره نداشته ام ☐

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، شنا کردن یا دوچرخه سواری و...)	۱- اصلاً ندارم ☐	۲- یک یا دو روز ☐	۳- سه یا چهار روز ☐	۴- پنج تا هفت روز ☐
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 ☐	 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 (بیشتر 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 ۲ واحد) ☐	۳- متوسط (۲ تا ۴ واحد) ☐	۴- زیاد (بیشتر از ۴ 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، فیللا 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 (بیشتر 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 (بیشتر 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 جای 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 داشته اید؟)

۴۲. گردش خون و قلب:	۱- فشار خون بالا ☐	۲- بیماری قلبی ☐	۳- کم خونی تأیید شده ☐
۴- بی نظمی 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- حالت تهوع مکرر ☐	۱۰- هیچکدام ☐	۹- سایر ذکر شود	
۴۴. بینایی :	۱- کوررنگی ☐	۲- دو بینی ☐	۳- کاهش دید ☐
۴- سایر ذکر شود	۵- هیچکدام ☐	۴- سایر ذکر شود	
۴۵. گوش و حلق و بینی:	۱- وزوز گوش ☐	۲- کاهش شنوایی ☐	۳- سینوزیت مزمن ☐
۵- سایر ذکر شود	۶- هیچکدام ☐	۴- خونریزی مکرر از بینی ☐	
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- 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: ۱ - چربی خون بالا ☐	۲- دردهای اسکلتی-عضلانی ☐	۳- مشکلات مادرزادی ☐	۴- سایر ذکر شود
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- برق گرفتگی ☐	۵- سایر ذکر شود	۶- هیچکدام ☐	
۵۲. آیا سابقه مصرف طولانی مدت دارو را دارید ؟	۱- خیر ☐	۲- بلی ☐	
نام دارو.....	میزان مصرف.....	مدت زمان مصرف.....	علت مصرف.....
۵۳. آیا شما به داروی خاصی حساسیت دارید؟	۱- خیر ☐	۲- بلی ☐	نام دارو.....
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 ☐	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 ☐
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- 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 ☐
۴- یادگیری ☐	۵- 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 ☐			

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	☐ ۲- ۹/۱۰	☐ ۳- ۸/۱۰ و کمتر	☐ کوررنگی
☐ نابینایی			
۶۶. وضعیت بینایی چشم چپ کدام گزینه است؟			
☐ ۱- ۱۰/۱۰	☐ ۲- ۹/۱۰	☐ ۳- ۸/۱۰ و کمتر	☐ کوررنگی
☐ نابینایی			

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 > ۲۵ فرد باید مورد آزمایش قند خون ناشتا در آزمایشگاه قرار گیرد.

۷۲. نیاز به آزمایش قند خون ناشتا دارد؟	☐ ۱- بلی	☐ ۲- خیر	۳- نتیجه آزمایش قند خون (در صورت انجام).....
۷۳. نیاز به معاینه پزشک دارد؟	☐ ۱- بلی	☐ ۲- خیر	

۱۰- نتیجه ارزیابی پزشک و پیگیری نهایی:

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

۱۳- توضیحات:

امضاء کارشناس:

امضاء پزشک: