

گواهی انجام مراقبت دوره ای سلامت گروه سنی ۲۹-۱۸ سال جهت تحویل به دانشگاه		سربرگ فرم مراقبت های دوره ای دانشجویان جوان
مشخصات فردی		شماره سربرگ :
نام :	نام خانوادگی :	نام و نام خانوادگی مراقب سلامت :
جنس :	نام پدر:	
تاریخ تولد: / /	کد ملی :	توجه :این ته برگ درمبدا بایگانی گردد.
ملیت :	می باشد <input type="checkbox"/> / نوع اختلال /بیماری	
دانشجو مورد ارزیابی و معاینه قرارگرفت .مبتلا به اختلال /بیماری نمی باشد <input type="checkbox"/> می باشد <input type="checkbox"/> نوع اختلال /بیماری		
نیاز به مراقبت ویژه ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ، مراقبت ویژه مورد نیاز :..... نیاز به ارجاع و معاینه تخصصی ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> :نیازمندارجاع بهاست . نیاز به پیگیری ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> الف /توصیه به دانشگاه..... ب /توصیه های مربوط به فعالیت ورزشی : ۱- برای انجام فعالیت ورزشی درحال حاضرهیچ گونه محدودیتی ندارد <input type="checkbox"/> برای انجام فعالیت ورزشی محدودیت دارد <input type="checkbox"/> علت محدودیت معاف موقت <input type="checkbox"/> : علت تاریخ :		
مهتر و امضای پزشک مسئول مرکزخدمات جامع سلامت / پایگاه سلامت		
مدت :		