

فرم خوداظهاری سلامت جسم و روان

نام و نام خانوادگی :

نام پدر :

کد ملی :

شماره همراه :

آدرس و تلفن :

رشته تحصیلی مورد تقاضا :

سوال	بله	خیر	توضیحات
آیا سابقه بیماری (جسمی و روانی) دارید؟ ذکر نمائید.			
آیا به غذا، دارو یا ماده خاصی حساسیت دارید؟			
آیا سابقه بستری در بیمارستان دارید؟ به چه دلیل ؟			
آیا سابقه عمل جراحی دارید؟ ذکر نمایید			
آیا سابقه سرطان یا بیماری مزمن در فامیل دارند؟ ذکر نمایید			
آیا داروی خاصی مصرف می کنید ؟ ذکر کنید			
آیا اکنون سیگار یا قلیان می کشید؟			تعداد نخ روزانه مدت استعمال سال
آیا سابقه قبلی مصرف سیگار یا قلیان دارید؟			تعداد نخ روزانه مدت استعمال سال
آیا در اوقات فراغت به ورزش یا سرگرمی خاصی مشغول هستید؟ ذکر کنید			
آیا تاکنون به حادثه ای دچار شده اید؟			نوع آسیب علت
آیا سابقه غیبت از تحصیل به دلیل بیماری بیش از ۳روز دارید؟			
آیا منزل شما در مجاورت مرکز صنعتی قرار دارد؟			
آیا سابقه معرفی به کمیسیون پزشکی را دارید؟			

اینجانب اعلام می دارم که کلیه مطالب فرم را به طور صحیح و با صداقت کامل تکمیل نموده و هر زمان خلاف اظهارات فوق محرز شود دانشگاه یا صنعت می تواند نسبت به لغو قبولی اینجانب به صورت یکطرفه اقدام نماید و تمام هزینه های انجام شده را پرداخت نمایم و حق هرگونه طرح دعاوی در مراجع قضایی و قانونی را از خود سلب و ساقط می نمایم.

تاریخ :

امضا و اثر انگشت داوطلب مبنی بر تایید اظهارات فوق :