

## فرم معرفی دانش آموز برای معاینه بینایی

تاریخ:.....

از آموزشگاه : .....

به: اپتومتریست محترم

با سلام واحترام

دانش آموز ..... کلاس .....

جهت معاینه و بررسی وضعیت بینایی حضورتان معرفی می گردد. لطفا جهت پیگیری، نتیجه معاینات وی را در جدول زیر ثبت نمایید. سپاس

نتیجه معاینات وی را در جدول زیر ثبت نمایید. سپاس

مدیر آموزشگاه

AV :
عیب انکساری <input type="checkbox"/> نیازبه عینک <input type="checkbox"/> نیازبه تعویض عینک <input type="checkbox"/>
نیازبه وسایل کمک آموزشی (آموزش ویژه) <input type="checkbox"/>
استرابیسم <input type="checkbox"/> آمبلیوپ <input type="checkbox"/> مشکل شبکیه یاعصب بینایی <input type="checkbox"/> بیماری پیشرونده <input type="checkbox"/> نیستاگموس <input type="checkbox"/>
توضیحات:

## فرم معرفی دانش آموز برای معاینه بینایی

تاریخ:.....

از آموزشگاه : .....

به: اپتومتریست محترم

با سلام واحترام

دانش آموز ..... کلاس .....

جهت معاینه و بررسی وضعیت بینایی حضورتان معرفی می گردد. لطفا جهت پیگیری، نتیجه معاینات وی را در جدول زیر ثبت نمایید. سپاس

نتیجه معاینات وی را در جدول زیر ثبت نمایید. سپاس

مدیر آموزشگاه

AV :
عیب انکساری <input type="checkbox"/> نیازبه عینک <input type="checkbox"/> نیازبه تعویض عینک <input type="checkbox"/>
نیازبه وسایل کمک آموزشی (آموزش ویژه) <input type="checkbox"/>
استرابیسم <input type="checkbox"/> آمبلیوپ <input type="checkbox"/> مشکل شبکیه یاعصب بینایی <input type="checkbox"/> بیماری پیشرونده <input type="checkbox"/> نیستاگموس <input type="checkbox"/>
توضیحات:

## فرم معرفی دانش آموز برای مشاور تغذیه

تاریخ:.....

از آموزشگاه : .....

به: کارشناس تغذیه محترم

با سلام واحترام

دانش آموز ..... کلاس .....

طبق بررسی، دچار لاغری شدید  لاغری  اضافه وزن  چاقی

کوتاهی قد  می باشد. لذا جهت بررسی بیشتر معرفی می گردد.

سن در تاریخ بررسی: .....

قد (سانتی متر) : ..... وزن (کیلوگرم) : ..... BMI : .....

سپاس

مدیر آموزشگاه

نتیجه معاینه تخصصی:

## فرم معرفی دانش آموز برای مشاور تغذیه

تاریخ:.....

از آموزشگاه : .....

به: کارشناس تغذیه محترم

با سلام واحترام

دانش آموز ..... کلاس .....

طبق بررسی، دچار لاغری شدید  لاغری  اضافه وزن  چاقی

کوتاهی قد  می باشد. لذا جهت بررسی بیشتر معرفی می گردد.

سن در تاریخ بررسی: .....

قد (سانتی متر) : ..... وزن (کیلوگرم) : ..... BMI : .....

سپاس

مدیر آموزشگاه

نتیجه معاینه تخصصی:

## فرم معرفی دانش آموز برای معاینه دهان و دندان

تاریخ:.....

از آموزشگاه : .....

به: دندانپزشک محترم

با سلام واحترام

دانش آموز ..... کلاس .....

جهت معاینه و درمان حضورتان معرفی می گردد. لطفا خدمات ارائه شده و مورد نیاز

وی را در جدول زیر جهت پیگیری درمان ثبت نمایید. سپاس

مدیر آموزشگاه

ترمیم	کشیدن	پالپوتومی	فیشور سیلانت	جرم گیری و بروساژ	فلوراید تراپی	سایر

تاریخ ، مهر و امضای دندانپزشک

## فرم معرفی دانش آموز برای معاینه دهان و دندان

تاریخ:.....

از آموزشگاه : .....

به: دندانپزشک محترم

با سلام واحترام

دانش آموز ..... کلاس .....

جهت معاینه و درمان حضورتان معرفی می گردد. لطفا خدمات ارائه شده و مورد نیاز وی را

در جدول زیر جهت پیگیری درمان ثبت نمایید. سپاس

مدیر آموزشگاه

ترمیم	کشیدن	پالپوتومی	فیشور سیلانت	جرم گیری و بروساژ	فلوراید تراپی	سایر

تاریخ ، مهر و امضای دندانپزشک

## فرم معرفی دانش آموز برای ارجاع تخصصی

تاریخ:.....

از آموزشگاه : .....

به: پزشک محترم

با سلام و احترام

دانش آموز ..... کلاس .....

مشکوک به بیماری ..... جهت معاینه و درمان حضورتان

معرفی می گردد. خواهشمند است با اعلام نتیجه مراقب سلامت آموزشگاه را راهنمایی

فرمایید. سپاس

مدیر آموزشگاه

### نظریه پزشک معالج:

نوع بیماری مسری  غیر مسری

مدت استراحت از تاریخ / / لغایت / /

به مدت ..... روز می باشد.

از تاریخ / / حضور دانش آموز در آموزشگاه بلامانع می باشد.

مهر و امضای پزشک

## فرم معرفی دانش آموز برای ارجاع تخصصی

تاریخ:.....

از آموزشگاه : .....

به: پزشک محترم

با سلام و احترام

دانش آموز ..... کلاس .....

مشکوک به بیماری ..... جهت معاینه و درمان حضورتان معرفی

می گردد. خواهشمند است با اعلام نتیجه مراقب سلامت آموزشگاه را راهنمایی فرمایید.

سپاس

مدیر آموزشگاه

### نظریه پزشک معالج:

نوع بیماری مسری  غیر مسری

مدت استراحت از تاریخ / / لغایت / /

به مدت ..... روز می باشد.

از تاریخ / / حضور دانش آموز در آموزشگاه بلامانع می باشد.

مهر و امضای پزشک

### فرم معرفی نامه دانش آموز

پایه اول □ پایه چهارم □ پایه هفتم □ پایه دهم □

به واحدهای بهداشتی جهت ارزیابی مقدماتی و معاینات پزشکی

نام و نام خانوادگی دانش آموز : .....

کد ملی دانش آموز : .....

نام مدرسه : .....

تاریخ : .....

**اولیا گرامی:**

باسلام و احترام

به استحضار می‌رساند فرزند شما در این سن نیازمند ارزیابی مقدماتی و معاینات پزشکی جهت اطمینان از سلامت می‌باشد. لذا لازم است به همراه فرزندتان برای انجام معاینات به نزدیک‌ترین پایگاه سلامت محل سکونت مراجعه نمایید.

امضای مراقب سلامت/بهورز مهر و امضای پزشک مسئول مرکز خدمات جامع سلامت

### فرم معرفی نامه دانش آموز

پایه اول □ پایه چهارم □ پایه هفتم □ پایه دهم □

به واحدهای بهداشتی جهت ارزیابی مقدماتی و معاینات پزشکی

نام و نام خانوادگی دانش آموز : .....

کد ملی دانش آموز : .....

نام مدرسه : .....

تاریخ : .....

**اولیا گرامی:**

باسلام و احترام

به استحضار می‌رساند فرزند شما در این سن نیازمند ارزیابی مقدماتی و معاینات پزشکی جهت اطمینان از سلامت می‌باشد. لذا لازم است به همراه فرزندتان برای انجام معاینات به نزدیک‌ترین پایگاه سلامت محل سکونت مراجعه نمایید.

امضای مراقب سلامت/بهورز مهر و امضای پزشک مسئول مرکز خدمات جامع سلامت

### فرم معرفی نامه دانش آموز

پایه اول □ پایه چهارم □ پایه هفتم □ پایه دهم □

به واحدهای بهداشتی جهت ارزیابی مقدماتی و معاینات پزشکی

نام و نام خانوادگی دانش آموز : .....

کد ملی دانش آموز : .....

نام مدرسه : .....

تاریخ : .....

**اولیا گرامی:**

باسلام و احترام

به استحضار می‌رساند فرزند شما در این سن نیازمند ارزیابی مقدماتی و معاینات پزشکی جهت اطمینان از سلامت می‌باشد. لذا لازم است به همراه فرزندتان برای انجام معاینات به نزدیک‌ترین پایگاه سلامت محل سکونت مراجعه نمایید.

امضای مراقب سلامت/بهورز مهر و امضای پزشک مسئول مرکز خدمات جامع سلامت

### فرم معرفی نامه دانش آموز

پایه اول □ پایه چهارم □ پایه هفتم □ پایه دهم □

به واحدهای بهداشتی جهت ارزیابی مقدماتی و معاینات پزشکی

نام و نام خانوادگی دانش آموز : .....

کد ملی دانش آموز : .....

نام مدرسه : .....

تاریخ : .....

**اولیا گرامی:**

باسلام و احترام

به استحضار می‌رساند فرزند شما در این سن نیازمند ارزیابی مقدماتی و معاینات پزشکی جهت اطمینان از سلامت می‌باشد. لذا لازم است به همراه فرزندتان برای انجام معاینات به نزدیک‌ترین پایگاه سلامت محل سکونت مراجعه نمایید.

امضای مراقب سلامت/بهورز مهر و امضای پزشک مسئول مرکز خدمات جامع سلامت

### فرم معرفی نامه دانش آموز برای مراقبت از نظر پدیکلوز

نام و نام خانوادگی دانش آموز ..... کد ملی دانش آموز.....  
اولیا گرامی:

با سلام و احترام

با توجه به غربالگری دانش آموزان از نظر پدیکلوزیس توسط مراقب سلامت، به استحضار می‌رساند  
فرزند شما مشکوک به آلودگی پدیکلوز می‌باشد. خواهشمند است تا تاریخ ..... به  
همراه فرزند خود برای معاینه به نزدیکترین پایگاه سلامت محل سکونت خود مراجعه نمایید.

امضای مراقب سلامت

مهر و امضای مدیر مدرسه

### فرم معرفی نامه دانش آموز برای مراقبت از نظر پدیکلوز

نام و نام خانوادگی دانش آموز ..... کد ملی دانش آموز.....  
اولیا گرامی:

با سلام و احترام

با توجه به غربالگری دانش آموزان از نظر پدیکلوزیس توسط مراقب سلامت، به استحضار می‌رساند  
شما مشکوک به آلودگی پدیکلوز می‌باشد. خواهشمند است تا تاریخ ..... به همراه فرزند  
خود برای معاینه به نزدیکترین پایگاه سلامت محل سکونت خود مراجعه نمایید.

امضای مراقب سلامت

مهر و امضای مدیر مدرسه

### فرم مراقبت دانش آموز از نظر پدیکلوز

نام پایگاه سلامت ..... نام مرکز خدمات جامع سلامت .....  
دانش آموز از نظر مراقبت پدیکلوزیس بررسی شد: مبتلا می‌باشد  مبتلا نمی‌باشد   
اقدامات انجام شده : .....  
زمان مراجعه بعدی دانش آموز : .....

مهر و امضای پزشک مرکز خدمات جامع سلامت

تاریخ مراجعه (بعد از یک هفته درمان) .....

نتیجه درمان: بهبود یافته  بهبود نیافته  است.

زمان مجدد مراجعه دانش آموز: .....

مهر و امضای پزشک مرکز خدمات جامع سلامت

### فرم مراقبت دانش آموز از نظر پدیکلوز

نام پایگاه سلامت ..... نام مرکز خدمات جامع سلامت .....  
دانش آموز از نظر مراقبت پدیکلوزیس بررسی شد: مبتلا می‌باشد  مبتلا نمی‌باشد   
اقدامات انجام شده : .....  
زمان مراجعه بعدی دانش آموز : .....

مهر و امضای پزشک مرکز خدمات جامع سلامت

تاریخ مراجعه (بعد از یک هفته درمان) .....

نتیجه درمان: بهبود یافته  بهبود نیافته  است.

زمان مجدد مراجعه دانش آموز: .....

مهر و امضای پزشک مرکز خدمات جامع سلامت

والد محترم این فرم بعد از تکمیل توسط پرسنل بهداشتی به مدرسه تحویل داده شود.

والد محترم این فرم بعد از تکمیل توسط پرسنل بهداشتی به مدرسه تحویل داده شود.

## فرم معرفی نامه دانش آموز برای معاینه شنوایی

تاریخ:.....

از آموزشگاه : .....

به: ادیولوژیست محترم

با سلام و احترام

دانش آموز ..... کلاس .....

جهت معاینه و بررسی وضعیت شنوایی حضورتان معرفی می گردد. لطفاً جهت پیگیری، نتیجه معاینات

وی را در جدول زیر ثبت نمایید. سپاس

مدیر آموزشگاه

<input type="checkbox"/> شنوایی طبیعی
جرم گوش و نیاز به شستشو
گوش راست <input type="checkbox"/> گوش چپ <input type="checkbox"/> هر دو گوش <input type="checkbox"/>
کم شنوایی حس عصبی
گوش راست <input type="checkbox"/> شدت: ..... فرکانس : .....
گوش چپ <input type="checkbox"/> شدت: ..... فرکانس : .....
کم شنوایی انتقالی
گوش راست <input type="checkbox"/> شدت: ..... فرکانس : .....
گوش چپ <input type="checkbox"/> شدت: ..... فرکانس : .....
ارجاع به متخصص گوش و حلق و بینی (ENT) <input type="checkbox"/>
توضیحات:

تاریخ و مهر و امضای ادیولوژیست

## فرم معرفی نامه دانش آموز برای معاینه شنوایی

تاریخ:.....

از آموزشگاه : .....

به: ادیولوژیست محترم

با سلام و احترام

دانش آموز ..... کلاس .....

جهت معاینه و بررسی وضعیت شنوایی حضورتان معرفی می گردد. لطفاً جهت پیگیری، نتیجه معاینات وی

را در جدول زیر ثبت نمایید. سپاس

مدیر آموزشگاه

<input type="checkbox"/> شنوایی طبیعی
جرم گوش و نیاز به شستشو
گوش راست <input type="checkbox"/> گوش چپ <input type="checkbox"/> هر دو گوش <input type="checkbox"/>
کم شنوایی حس عصبی
گوش راست <input type="checkbox"/> شدت: ..... فرکانس : .....
گوش چپ <input type="checkbox"/> شدت: ..... فرکانس : .....
کم شنوایی انتقالی
گوش راست <input type="checkbox"/> شدت: ..... فرکانس : .....
گوش چپ <input type="checkbox"/> شدت: ..... فرکانس : .....
ارجاع به متخصص گوش و حلق و بینی (ENT) <input type="checkbox"/>
توضیحات:

تاریخ و مهر و امضای ادیولوژیست