|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  C:\Users\noorian\Desktop\1واحد مشاوره استان.PNG | **فرم شرح حال وضعیت روحی وروانی دانشجوجهت ارجاع به کمیسیون موارد خاص** | D:\Downloads\Untitled.jpg |
| **اطلاعات شخصی و تحصیلی دانشجو:** |
| **نام و نام خانوادگی دانشجو:** | **وضعیت تاهل: مجرد 🖵 متأهل 🖵** | **سن :** | **شغل:** |
| **شماره ملی:** | **نام دانشکده/ آموزشکده:** | **سهمیه: بومی 🖵 آزاد 🖵 شاهد و ایثارگر 🖵** |
| **مقطع تحصیلی :کاردانی 🖵 کارشناسی 🖵** | **رشته تحصیلی:** | **سال ورود: نیمسال: اول 🖵 دوم 🖵** |
| **آدرس وتلفن محل سکونت:** | **شماره تلفن همراه :** |
| **اطلاعات بیماری:** |
| **1) نام ونوع بیماری یا مشکل روحی و روانی :**  |
| **2)شرح علائم بالینی بیماری به طور کامل:** |
| **3)عوامل احتمالی که باعث بروز مشکل شده است:** |
| **4) بیماری چه بخش هائی از زندگی شما و خانواده را تحت تأثیر قرار داده است ؟** |
| **5)تعداد دفعات و تاریخهای مراجعه به پزشک معالج :** |
|  **6) در صورت درمان داروئی نام داروها و دوز مصرف آنها را بنویسید:** |
| **7) تاریخچه بیماری : شروع بیماری :**  . . . /. . . . / . . . .13  **( پایان بیماری:** . . . /. . . . / . . . 13  **و یا درمان ادامه دارد**🖵 **)** **8)آیا عوارض بالینی ادامه دارد؟ بلی** 🖵 **خیر** 🖵 **درصورت مثبت بودن جواب، به چه شدت؟** |
| **9)آیا این بیماری در خانواده شما سابقه دارد؟ بلی** 🖵 **خیر** 🖵 **در صورت مثبت بودن پاسخ نسبت خود با شخص بیمار؟** **مختصر شرح دهید:** |
| **10)نام پزشک یا پزشکان معالج با نوع تخصص ، همراه با شماره تلفن و آدرس مطب :** |
| **تذکرات :** **1 - به فرمهای ناقص ترتیب اثر داده نخواهد شد.**1. **فرمها حتی الامکان بصورت تایپی در غیر اینصورت با دستخط خوانا و خوش خط بدون خط خوردگی تکمیل گردد.**
2. **ارجاع درخواست شما به کمیسیون منوط به ارائه مستندات درمانی اعم از گواهی پزشک متخصص بهمراه نسخ پزشکی ، در صورت بستری گزارش بیمارستانی ، شرح عکسها و آزمایشات و... میباشد.**
 |

**صحت مندرجات فوق مورد تأیید اینجانب :( نام و نام خانوادگی دانشجو ) تاریخ : باامضاء: میباشد.**