

تاریخ فرم پرسشنامه سنجش وضعیت بهداشتی

مشخصات شخصی

1. نام و نام خانوادگی:	2. تاریخ تولد:	3. کشور محل تولد:
		4. مکان و شهر محل تولد:
5. آدرس در فنلاند:	6. تلفن:	
7. آیا شما بیمه هستید:	8. نام شرکت بیمه:	
9. مشخصات خویشاوندان یا اشخاصی که توسط آنها دسترسی به شما محقق شود:	10. شماره تلفن:	
11. نام مدرسه یا موسسه تحصیلی/ نام دوره آموزشی تحصیلی/ نام رشته اصلی:	12. تاریخ شروع دوره آموزشی تحصیلی:	
13. تاریخی که به جهت فارغ التحصیل شدن پیشبینی شده است:		

ارزیابی وضعیت سلامتی

14. وضعیت سلامتی:	Γ خوب	Γ متوسط	Γ بد
15. آیا شما سابقه بیماری بلند مدتی را تاکنون داشته اید؟	Γ خیر	Γ بلی	در صورت جواب "بلی" لطفا ذکر نمایید چه نوع بیماری داشته اید
16. آیا شما سابقه بیماری های کیدی یا هیپاتیت را داشته اید؟	Γ خیر	Γ بلی	در صورت جواب "بلی" لطفا ذکر نمایید چه نوع بیماری داشته اید؟
17. آیا شما دارای ویروس بیماری ایدز هستید؟	Γ خیر	Γ بلی	
18. آیا سیگار میکشید یا از محصولات تنباکویی مصرف میکنید؟	Γ خیر	Γ بلی	در صورت جواب "بلی" بنویسید چه نوع و چقدر مصرف میکنید؟
19. آیا از مشروبات الکلی یا دیگر مواد روانگردان استفاده میکنید؟	Γ خیر	Γ بلی	در صورت جواب "بلی" بنویسید چه نوع و چقدر مصرف میکنید؟
20. آیا تحت درمان بیمارستان بوده اید یا عمل جراحی داشته اید؟	Γ خیر	Γ بلی	چه نوع تریپی درمانی یا عمل جراحی ای در بیمارستان داشته اید؟
21. آیا شما نسبت به دارو حساسیت و آلرژی دارید؟	Γ خیر	Γ بلی	در صورت جواب "بلی" بنویسید به چه داروهایی حساسیت دارید؟
22. آیا شما تاکنون به بیماری سل مبتلا شده اید؟	Γ خیر	Γ بلی	در صورت جواب "بلی" لطفا تاریخ ابتلای به بیماری سل را بنویسید
23. آیا به شما برای معالجه بیماری سل، دارو تجویز شده است؟	Γ خیر	Γ بلی	در چه تاریخی؟
24. آیا اطرافیان شما یا در مجاورت شما (در محل مسکونی شما) شخصی به بیماری سل مبتلا بوده است؟	Γ خیر	Γ بلی	در صورتیکه جواب شما "بلی" است، لطفا اطلاعات بیشتری را در آن مورد بیفزایید (به عنوان مثال در چه تاریخی آن علائم بروز نمود، یا آیا آن علائم هنوز هم مشاهده میشوند، یا آیا علل و دلایل آن کسالت های بیماری را کشف نمودند):
25. آیا سرفه شما چندین هفته بطول انجامیده است	Γ خیر	Γ بلی	
26. آیا شما سرفه خلط دار یا سرفه خونی داشته اید.	Γ خیر	Γ بلی	
27. آیا شما دچار لاغری غیر عمدی شده اید.	Γ خیر	Γ بلی	
28. آیا شما شب ها عرق کرده اید.	Γ خیر	Γ بلی	
29. آیا شما تب طولانی مدت داشته اید.	Γ خیر	Γ بلی	
30. آیا علائمی از قبیل تورم یا درد در محل غده لنفاوی (گردن، زیر بغل، کشاله ران) مشاهده میشود	Γ خیر	Γ بلی	

دارو درمانی، واکسیناسیون

31. چه نوع داروی نسخه ای مصرف میکنید؟		
Γ بلی	Γ خیر	آیا از داروهای نسخه ای یعنی داروهایی که در نسخه نوشته میشوند مصرف میکنید؟
آیا شما واکسن های زیر را دریافت کرده اید:		
32. فلج اطفال	33. کزاز / دیفتتری	34. سرخک/ اوریون / سرخچه
چه وقت و در چه تاریخی؟	چه وقت و در چه تاریخی؟	چه وقت و در چه تاریخی؟
Γ بلی	Γ خیر	Γ خیر
35. آیا شما تاکنون به بیماری سرخک مبتلا شده اید؟	Γ خیر	Γ بلی
36. آیا شما تاکنون به بیماری اوریون مبتلا شده اید؟	Γ خیر	Γ بلی
37. آیا شما تاکنون به بیماری سرخچه مبتلا شده اید؟	Γ خیر	Γ بلی