فرم سابقه پزشکی

لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید:

آیا تاکنون به بیماری یا ناراحتی های زیر دچار شده اید؟

بیماری های جسمی☐ بیماری های و اگیردار یا خطرناک☐ معلولیت جسمی☐ ناراحتی عصبی و روانی☐

در صورت مثبت بودن هر یک از موارد بالا لطفا توضیحات مربوطه را بنویسید

آیا سابقه نارحتی عصبی یا روانی در میان اعضاء خانواده یا نزدیکان شما وجود دارد؟ بله☐ خیر☐

در صورت وجود ناراحتی، نوع آن و نسبت خودتان را با شخص مبتلا بنویسید

آیا داروهای مخدر، روانگردان و سایر مواردی که خلاف موازین دانشگاه است مصرف می کنید یا سابقه مصرف آن را دارید؟ بله☐ خیر☐

درصورت مثبت بودن پاسخ، نوع و میزان مصرف و علت آنرا ذکر نمائید.

آیا هنگام ثبت نام، شرکت در آزمون ها و دیگر موارد مشابه نیاز به کمک یا همراه دارید؟ بله☐ خیر☐

درصورت مثبت بودن پاسخ، نوع آنرا مشخص نمائید.

اینجانب ---------- صحت و کامل بودن تمامی اظهارات فوق را تائید مینمایم. همچنین، در صورت عدم اطلاع از تمام یا بخشی از این اظهارات و یا سرپیچی از مندرجات، دانشگاه آزاد اسلامی حق برخورد با دانشجو را مطابق با ضوابط و آئین نامه ها خواهد داشت.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء