دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی لرستان

فرم تاییدیه معاینات پزشکی دانشجویان دانشگاه های استان لرستان

تاریخ : .....

از : دانشگاه علوم پزشکی استان لرستان
معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی.....
شبکه بهداشت و درمان شهرستان..... .
مرکز جامع سلامت شهری / روستایی.....
به : معاونت دانشجویی دانشگاه / دانشکده.....

بدینوسیله آقای / خا نم ..... فرزند ..... محل تولد
دارای کد ملی ..... دانشجو رشته ..... در تاریخ
به این مرکز مراجعه و تحت ا نجام معاینات غربالگری و پزشکی قرار گرفت نتایج حاصله از معاینات در سامانه سیب ثبت گردیده است.

دانشجو از نظر معاینات پزشکی : سالم تشخیص داده شده □ است دارای اختلال تشخیص داده شده □ است
نوع اختلال..... :
دانشجو نیاز به ارجاع وپیگیری □ : ندارد □ دارد
دانشجو از نظر فعالیت بدنی □ : بدون محدودیت دارای محدودیت□
نشانی محل سکونت /خوابگاه:
.....
تلفن ثابت (محل سکونت.....)
تلفن همراه.....

نتیجه تیتر آنتی بادی هپاتیت :
نیاز به واکسیناسیون هپاتیت : دارد □ ندارد □

مهر مرکز خدمات جامع سلامت

مهر و امضاء پزشک مرکز خدمات جامع سلامت