



سازمان آموزش پرورش استثنایی
معاونت تشخیص، نگهداری و تربیت بدنی
مدیریت نگهداری و تشخیص

کاربرگ شماره (۲)

خلاصه گزارش فعالیت های بهداشتی مدارس استثنایی

نام استان : سال تحصیلی : ماه :
نوع مدرسه از نظر جنس : ☐ دخترانه ☐ پسرانه ☐ مختلط
تعداد دانش آموزان: دختر..... پسر.....

بیماری های واگیر																							
ردیف	مدرسه	تعداد کل دانش آموزان	سرخک	اورپیون	سرخچه	آبله مرغان	هپاتیت ویروسی	سرماخوردگی ویروسی	گلودرد استرپتوکوکی	آنفلوآنزا	مننژیت	تب مالت	حصه	وبا	اسهال عفونی	پدیلولوز	گال	ساک	کچلی	سایر بیماری ها	جمع	آسم	دیابت
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴
۱																							
۲																							
۳																							
۴																							
۵																							
۶																							
۷																							
۸																							
۹																							
۱۰																							
۱۱																							
۱۲																							

2/2

ارجاع به مراکز بهداشتی - درمانی					معاینات اسکلتی - عضلانی								کمک های اولیه					تغذیه				
حوادث	دهان و دندان	بهداشت روانی	بیماری های غیرواگیر	بیماری های واگیر	سایر موارد	بیماری های واگیردار	صافی کف پا	استفاده از چوب زیربغل یا Walker	استفاده از ویلچر	ناهنجاری ستون فقرات	اختلال در استفاده از انگشتان دست	اختلال در راه رفتن	سایر موارد	خونریزی	سوختگی	شکستگی	پانسمان	سایر مشکلات خاص تغذیه ی	کمبود مواد معدنی	کم خونی فقر آهن	تعداد بررسی شدگان	ردیف
۵	۴	۳	۲	۱	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵	۴	۳	۲	۱	۴	۳	۲	۱	
																						۱
																						۲
																						۳
																						۴
																						۵
																						۶
																						۷
																						۸
																						۹
																						۱۰
																						جمع صفحه

فعالیت ها و طرح های انجام شده			جلسات مشورتی						فعالیت های کمک آموزشی بهداشت					آموزش بهداشت				
سایر موارد	مهارت های زندگی	مروج سلامت	مناسبت های مختلف	جلسات منطقه ای	والدین دانش آموزان	شورای معلمان و مدیران	انجمن اولیا و مربیان	شورای بهداشتی	سایر موارد	نمایش اسلاید و فیلم	سرود	روزنامه دیواری	پوستر	کارگزار مدرسه	اولیاء دانش آموزان	دانش آموزان بهداشت یار	دانش آموزان	ردیف
۳	۲	۱	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵	۴	۳	۲	۱	۴	۳	۲	۱	
																		۱
																		۲
																		۳
																		۴
																		۵
																		۶
																		۷
																		۸
																		۹
																		۱۰
																		جمع صفحه

نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت استان یا تنظیم کننده کاربرگ: تاریخ: امضاء: