



واحد سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس

«کارت ارزیابی سلامت جوانان»

نام و نام خانوادگی:

جنس:

تاریخ تولد:

کد ملی:

اظهار نظر پزشک عمومی	
جوان	سالم است ☐ مبتلا به بیماری/اختلال می باشد.
نیاز به معاینات تکمیلی تخصصی	ندارد ☐ دارد ☐ معاینات تکمیلی تخصصی
نیاز به پیگیری	ندارد ☐ دارد ☐ نتیجه پیگیری
نیاز به آزمایشات تکمیلی	ندارد ☐ دارد ☐ نتیجه آزمایشات تکمیلی
نیاز به ارجاع	ندارد ☐ دارد ☐ نتیجه ارجاع
توصیه های پزشک عمومی	
تاریخ : مهر و امضاء پزشک:	

اظهار نظر پزشک متخصص	
این جوان	سالم است ☐ مبتلا به بیماری/اختلال می باشد.
توصیه های پزشک متخصص/فوق تخصص و اقدامات لازم	
تاریخ : مهر و امضاء پزشک متخصص/فوق تخصص:	