



بسمه تعالی

فرم ثبت نام دانشجویان جدیدالورود

مدیریت مرکز مشاوره مبتنی بر سبک زندگی اسلامی ایرانی ارومیه



نام و نام خانوادگی دانشجو:	شماره دانشجویی:	رشته تحصیلی:	مقطع تحصیلی:
کد ملی:	تاریخ تولد: / /	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	وضعیت جسمانی:
نوع سهمیه قبولی:	شغل:	تلفن همراه:	تلفن ثابت:
نام و نام خانوادگی پدر:	شغل پدر:	تلفن همراه پدر:	محل کار:
نام نام خانوادگی مادر:	شغل مادر:	تلفن همراه مادر:	محل کار:
وضعیت تاهل: مجرد (ازدواج نکرده <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> متاهل (نامزد <input type="checkbox"/> عقد کرده <input type="checkbox"/> ازدواج کرده <input type="checkbox"/>) تعداد فرزندان جنسیت فرزندان با ذکر سن		وضعیت بومی: بومی (آذربایجان غربی) <input type="checkbox"/> غیر بومی <input type="checkbox"/> شهر	
دانشجو چندمین فرزند خانواده می باشد. تک فرزند <input type="checkbox"/> فرزند اول <input type="checkbox"/> فرزند دوم <input type="checkbox"/> فرزند سوم و نوع بیمه درمانی خانواده:		علت جدایی والدین: فوت <input type="checkbox"/> طلاق <input type="checkbox"/> در صورت طلاق یا فوت، آیا والدین ازدواج مجدد داشته اند؟	
آیا فرزند شما (فرزند دانشجو) به بیماری خاصی مبتلا میباشد که نیاز به مراقبت و یا مصرف مداوم دارو داشته باشد؟		آیات تحت پوشش سازمانهای حمایتی از جمله بهزیستی، کمیته امداد، بنیاد شهید و امور ایثارگران هلال احمر و یا دیگران می باشید با ذکر نام:	
آیا تاکنون تحت عمل جراحی و یا تحت نظر مداوم پزشک قرار گرفته اید؟ در صورت بله بودن آن را ذکر نمایید؟		سرپرست خانوار شما در حال حاضر کدام عضو خانواده می باشد؟ شما <input type="checkbox"/> پدر <input type="checkbox"/> مادر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/> پدر بزرگ <input type="checkbox"/> مادر بزرگ <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	
وضعیت سکونت خانواده: ملکی <input type="checkbox"/> استیجاری <input type="checkbox"/> نشانی محل سکونت خانواده:			
در صورتی که به همراه پدر بزرگ و مادر بزرگ و یا سایر اطرافیان در یک منزل ساکن هستید با ذکر نسبت فامیلی بیان نمایید.			

ردیف	سوالات	بیشتر از همیشه	مثل همیشه	کمتر از همیشه	خیلی بدتر از همیشه
۱	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که کاملاً خوب و سالم هستید؟				
۲	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده اید؟				
۳	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانایی تصمیم گیری درباره مسائل را داشته اید؟				
۴	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز قادر بوده اید از فعالیتهای روزمره زندگی لذت ببرید؟	خیل	کمی	زیاد	خیلی زیاد
۵	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بی خوابی شده باشید				
۶	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که دائماً تحت فشار هستید؟				
۷	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع کننده ای هراسان و یا وحشت زده شده اید؟				
۸	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که در تمامی مدت عصبی هستید و دلشوره دارید؟				
۹	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز فکر کرده اید که شخص بی ارزشی هستید؟				
۱۰	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟				

تاریخ تکمیل:

محل امضاء: