

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل

دانشکده بهداشت

پرسشنامه اطلاعات فردی دانشجو

نام و نام خانوادگی:

تاریخ تولد:/...../.....

رشته تحصیلی:

شماره دانشجویی:

مقطع تحصیلی:

جنسیت:

مذهب:

وضعیت تاهل:

تحصیل در مدارس: دولتی تیزهوشان نمونه دولتی غیرانتفاعی

سهمیه قبولی: فرزند شهید فرزند جانباز مناطق رزمنده ایثارگر

سال پایان دوره پیش دانشگاهی: معدل دوره پیش دانشگاهی:

سابقه انصراف یا تغییر رشته: بلی خیر

شماره تلفن همراه: شهرستان محل سکونت:

مشخصات خانوادگی

میزان تحصیلات پدر:

میزان تحصیلات مادر:

شماره تماس پدر و مادر:

شغل پدر:

شغل مادر:

۱. با چه کسانی زندگی می کنید؟ والدین پدر مادر خواهر و برادر بستگان
۲. با کدام یک از اعضای خانواده ارتباط صمیمانه دارید؟ مادر پدر خواهر برادر هیچکدام
۳. وضعیت اقتصادی خانواده: خوب متوسط ضعیف
۴. وضعیت اقتصادی دانشجو: حمایت کامل خانواده درآمد شخصی سایر (کمپته امداد، بهزیستی و ...)
۵. حوادث مهم زندگی: جدایی والدین مرگ والدین هیچکدام
۶. میزان علاقمندی به رشته تحصیلی: زیاد متوسط کم اصلاً
۷. سابقه بیماری در دانشجو: مشکلات جسمانی مشکلات روانشناختی مشکلی ندارد
 - در صورت وجود مشکل نام بیماری قید شود:
۸. سابقه بیماری در خانواده: مشکلات جسمانی مشکلات روانشناختی مشکلی ندارند
 - در صورت وجود مشکل نام بیماری قید شود:
۹. سابقه مصرف دخانیات: سیگار قلیان سایر موارد هیچکدام
۱۰. فعالیت های اوقات فراغت: ورزش موسیقی نقاشی خطاطی نویسندگی مجری گری تئاتر سایر