



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
سازمان امور دانشجویان
دفتر مشاوره و سوسانت

کارنامه سلامت جسم دانشجویان ورودی جدید سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷

مرکز بهداشت و درمان
دانشگاههای سراسر کشور

دانشجوی گرامی

حضور شما را در دانشگاه، مهد علم و اندیشه، گرامی می‌داریم. پرسشنامه‌ی حاضر، همانند سال‌های گذشته توسط دفتر مشاوره و سلامت، به منظور بررسی سلامت تمامی دانشجویان دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری طراحی شده است. براساس تعهدات حرفه‌ای پزشکان و سایر کادر بهداشتی درمانی محرمانه بودن پاسخ‌ها به‌طور کامل رعایت می‌گردد و پرسشنامه‌ها صرفاً توسط دفتر مشاوره و سلامت به منظور تعیین وضعیت کلی سلامت جسمی دانشجویان دانشگاه‌های کشور و نیز توسط مرکز بهداشت و درمان هر دانشگاه برای برنامه‌ریزی اقدامات ارتقاء بهداشت جسمانی دانشجویان مورد استفاده قرار می‌گیرند. با توجه به اهمیت اهداف طرح، خواهشمند است سؤالات زیر را مطالعه و به دقت همه آنها را پاسخ دهید. در صورت وجود هرگونه ابهام در سؤالات می‌توانید از همکاران مرکز بهداشت و درمان کمک بگیرید. پیشاپیش از همکاری صادقانه و دقت نظر شما دانشجوی عزیز سپاسگزار می‌شود. توجه داشته باشید در صورتی که براساس کتمان در پاسخگویی به سؤالات، نقص یا خللی در فرآیند معاینه ایجاد شود به نوعی که منجر به خسارت‌های جسمی، روحی یا معنوی در آینده گردد، مرکز بهداشت و درمان هیچگونه مسئولیتی بر عهده نخواهد داشت.

امضاء دانشجو

۱- مشخصات عمومی دانشجو:

۱. نام و نام خانوادگی:	۲. سن (به سال):
۳. جنسیت: ۱- مذکر <input type="checkbox"/> ۲- مؤنث <input type="checkbox"/>	۴. وضعیت تأهل: ۱- مجرد <input type="checkbox"/> ۲- متأهل <input type="checkbox"/> ۳- سایر <input type="checkbox"/> ذکر گردد <input type="checkbox"/>
۵. نام دانشگاه:	۶. نام دانشکده:
۷. محل تولد (استان):	۸. ملیت: (برای دانشجویان غیر ایرانی)
۹. گروه خونی:	۱۰. رشته تحصیلی پذیرفته شده: ۱۱. شماره دانشجویی:
۱۲. مقطع تحصیلی پذیرفته شده در دانشگاه: ۱- فوق دیپلم <input type="checkbox"/> ۲- کارشناسی <input type="checkbox"/> ۳- کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> ۴- دکترای حرفه‌ای <input type="checkbox"/> ۵- دکترای تخصصی <input type="checkbox"/>	
۱۳. در کدام گروه آزمایشی زیر پذیرفته شده اید: ۱- علوم ریاضی و فنی <input type="checkbox"/> ۲- علوم تجربی <input type="checkbox"/> ۳- علوم انسانی <input type="checkbox"/> ۴- هنر <input type="checkbox"/> ۵- زبان‌های خارجی <input type="checkbox"/>	
۱۴. دارای دفترچه بیمه: ۱- خدمات درمانی <input type="checkbox"/> ۲- تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> ۳- نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> ۴- بانک، شهرداری و غیره <input type="checkbox"/> ۵- بدون بیمه <input type="checkbox"/>	
۱۵. محل سکونت دوره دانشجویی: ۱- با خانواده <input type="checkbox"/> ۲- در خوابگاه <input type="checkbox"/> ۳- در خوابگاه خودگردان <input type="checkbox"/>	
۴- در خانه اجاره‌ای با دوستان <input type="checkbox"/> ۵- در خانه اجاره‌ای به تنهایی <input type="checkbox"/> ۶- در خانه اقوام <input type="checkbox"/>	
۱۶. آدرس پست الکترونیک (ایمیل):	شماره تلفن ثابت / همراه:

۲- سوابق مواجهه با عوامل زیان آور محیطی (در محیط کار یا تحصیل) (ویژه دانشجویان تحصیلات تکمیلی)

۱۷. آیا تاکنون با موارد ذیل سروکار داشته اید؟
۱- سرو صدای بیش از حد مجاز <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر <input type="checkbox"/>
۲- ارتعاشات <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر <input type="checkbox"/>
۳- اشعه <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر <input type="checkbox"/>
۴- مواد شیمیایی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر <input type="checkbox"/>
۵- مواد بیولوژیکی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفأ منبع آن ذکر گردد خیر <input type="checkbox"/>
۱۸. آیا در حال حاضر غیر از تحصیل، شاغل می‌باشید؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/> لطفأ نام شغل و وظیفه شما در شغل ذکر گردد
۱۹. آیا تاکنون دوره آموزشی مرتبط با ایمنی در محیط آزمایشگاه یا کارگاه را گذرانده اید؟
۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/> لطفأ نام دوره، مدت و محل آن ذکر گردد... ۳- با توجه به رشته تحصیلی قبلی ام نیازی به این دوره نداشته ام <input type="checkbox"/>

موارد زیر توسط دانشجو تکمیل می گردد

۳- عادات سلامت فردی

۲۰. در طول یک هفته، چندروز حداقل به مدت سی دقیقه فعالیت بدنی دارید؟ (ورزش متوسط مانند پیاده روی سریع، شناکردن یا دوچرخه سواری و...)

۱- اصلاً ندارم ۲- یک یا دو روز ۳- سه یا چهار روز ۴- پنج تا هفت روز

۲۱. در شبانه روز چند بار مسواک می زنید؟

۱- اصلاً مسواک نمی زنم ۲- گاهی مسواک می زنم ۳- یک بار در روز ۴- بیش از یک بار

۲۲. میزان استفاده شما از نخ دندان چقدر است؟

۱- اصلاً استفاده نمی کنم ۲- هر چند روز یکبار ۳- هر روز

۲۳. معمولاً الگوی خواب و بیداری شما چگونه است؟

۱- نداشتن برنامه منظم ۲- داشتن برنامه منظم

۲۴. بطور متوسط در شبانه روز چند ساعت می خوابید؟

۱- کمتر از ۶ ساعت ۲- ۶ تا ۸ ساعت ۳- ۸ تا ۱۰ ساعت ۴- بیش از ۱۰ ساعت

۲۵. کدام یک از گزینه های زیر در مورد سیگار کشیدن در رابطه با شما صدق می کند؟

۱- قبلاً استفاده می کردم ماه / سال قبل ترک کرده ام. ۲- اصلاً استفاده نمی کنم ۳- بطور موردی استفاده می کنم ۴- روزانه استفاده می کنم تعداد نخ - به مدت ماه / سال

۲۶. کدام یک از گزینه های زیر در مورد مصرف قلیان برای شما صدق می کند؟

۱- قبلاً استفاده می کردم ماه / سال قبل ترک کرده ام. ۲- اصلاً استفاده نمی کنم ۳- بطور موردی استفاده می کنم ۴- هفتگی استفاده می کنم نوبت - به مدت ماه / سال

۲۷. در طول شبانه روز معمولاً کدام یک از ابزارهای زیر را بطور مداوم و به چه مدت استفاده می کنید؟

۱- تبلت / لپ تاپ / کامپیوتر ساعت ۲- موبایل ساعت ۳- XBOX و سایر ساعت

۴- عادات غذایی:

۲۸. چند روز در هفته وعده کامل صبحانه می خورید؟ (صبحانه کامل شامل غلات یا کربوهیدرات مانند نان، لبنیات یا غذاهای کلسیم دار مانند پنیر و میوه می باشد)

۱- به ندرت ۲- ۱ یا ۲ روز ۳- ۳ یا ۴ روز ۴- تمام روزهای هفته

۲۹. چه مدت زمانی را برای صرف یک وعده غذا اختصاص می دهید؟

۱- کمتر از ۱۰ دقیقه ۲- بین ۱۰ تا ۲۰ دقیقه ۳- بین ۲۰-۳۰ دقیقه ۴- بیشتر از ۳۰ دقیقه

۳۰. میزان مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟ (یک واحد معادل یک فنجان میوه ریز و یا یک سیب متوسط است)

۱- به ندرت ۲- کم (کمتر از ۲ واحد) ۳- متوسط (۲ تا ۴ واحد) ۴- زیاد (بیشتر از ۴ واحد)

۳۱. روزانه چند واحد سبزیجات مصرف می کنید؟ (یک واحد سبزی = یک لیوان سبزی خام مانند سبزی خوردن یا کاهو، نصف لیوان سبزی پخته مانند هویج یا لوبیاسبز)

۱- به ندرت ۲- کم (کمتر از ۲ واحد) ۳- متوسط (۲ تا ۴ واحد) ۴- زیاد (بیشتر از ۴ واحد)

۳۲. تعداد دفعات استفاده شما از انواع شیرینی (کیک، شکلات و ...) در هفته چقدر است؟

۱- تمام روزهای هفته ۲- ۲ یا ۳ بار در هفته ۳- ۱ بار در هفته ۴- به ندرت

۳۳. تعداد دفعات استفاده شما از تنقلات (چیپس، پفک، پفیلا و ...) در هفته چقدر است؟

۱- تمام روزهای هفته ۲- ۲ یا ۳ بار در هفته ۳- ۱ بار در هفته ۴- به ندرت

۳۴. در طول هفته چند بار از نوشابه های گازدار شیرین، آبمیوه های صنعتی و ماء الشعیر استفاده می کنید؟

۱- تمام روزهای هفته ۲- ۱ یا ۲ روز در هفته ۳- به ندرت

۳۵. تعداد دفعات استفاده شما از غذاهای آماده (فست فود) در هفته چقدر است؟

۱- تمام روزهای هفته ۲- ۲ یا ۳ بار در هفته ۳- ۱ بار در هفته ۴- به ندرت

۳۶. روزانه چه میزان لبنیات مصرف می کنید؟ (یک واحد لبنیات برابر با یک لیوان شیر یا ماست یا دو قوطی کبریت پنیر)

۱- به ندرت ۲- کم (کمتر از ۲ واحد) ۳- متوسط (۲ تا ۳ واحد) ۴- زیاد (بیشتر از ۳ واحد)

۳۷. چه میزان غذای گوشتی و پروتئینی در روز مصرف می کنید؟ (یک واحد پروتئین برابر است با یک قوطی کبریت گوشت قرمز بدون چربی یا سفید یا ماهی، یک قوطی کبریت پنیر، یک فنجان حبوبات یا یک عدد تخم مرغ)

۱- به ندرت ۲- کم (کمتر از ۲ واحد) ۳- متوسط (۲ تا ۳ واحد) ۴- زیاد (بیشتر از ۳ واحد)

۳۸. تخم مرغ چه میزان از پروتئین رژیم غذایی شما را تامین می کند؟

۱- روزانه ۱ عدد ۲- ۲ یا ۳ عدد در هفته ۳- به ندرت

۳۹. در شش ماه گذشته وزن شما چه تغییری داشته است؟

۱- تغییر وزن نداشته ام ۲- ده درصد افزایش وزن بدن یا بیشتر ۳- ده درصد کاهش وزن بدن یا بیشتر ۴- تغییر وزن کمتر از ده درصد

۴۰. آیا کمتر از یک ساعت بعد از غذا چای می نوشید؟

۱- خیر ۲- بلی

۴۱. آیا معمولاً هنگام خوردن غذا به آن نمک اضافه می کنید؟

۱- خیر ۲- بلی

۵- سابقه پزشکی فرد (کدام یک از مشکلات زیر را تاکنون داشته‌اید؟)

۴۲. گردش خون و قلب:	۱- فشار خون بالا <input type="checkbox"/>	۲- بیماری قلبی <input type="checkbox"/>	۳- کم‌خونی تأیید شده <input type="checkbox"/>							
۴- بی‌نظمی ضربان قلب <input type="checkbox"/>	۵- سایر ذکر شود	۶- هیچکدام <input type="checkbox"/>								
۴۳. گوارش و کبد:	۱- مشکلات بلع غذا <input type="checkbox"/>	۲- ترش کردن مکرر <input type="checkbox"/>	۳- ناراحتی معده و اثنی عشر <input type="checkbox"/>	۴- حالت تهوع مکرر <input type="checkbox"/>						
۵- هپاتیت B یا C <input type="checkbox"/>	۶- زردی و برقان <input type="checkbox"/>	۷- اسهال مزمن <input type="checkbox"/>	۸- یبوست مزمن <input type="checkbox"/>	۹- سایر ذکر شود	۱۰- هیچکدام <input type="checkbox"/>					
۴۴. بینایی :	۱- کوررنگی <input type="checkbox"/>	۲- دو بینی <input type="checkbox"/>	۳- کاهش دید <input type="checkbox"/>	۴- سایر ذکر شود	۵- هیچکدام <input type="checkbox"/>					
۴۵. گوش و حلق و بینی:	۱- وزوز گوش <input type="checkbox"/>	۲- کاهش شنوایی <input type="checkbox"/>	۳- سینوزیت مزمن <input type="checkbox"/>	۴- خونریزی مکرر از بینی <input type="checkbox"/>	۵- سایر ذکر شود.....	۶- هیچکدام <input type="checkbox"/>				
۴۶. مغز و اعصاب:	۱- از دست دادن هشیاری <input type="checkbox"/>	۲- صرع و تشنج <input type="checkbox"/>	۳- سردرد مکرر <input type="checkbox"/>	۴- سرگیجه دوره ای <input type="checkbox"/>	۵- MS <input type="checkbox"/>	۶- سایر ذکر شود..	۷- هیچکدام <input type="checkbox"/>			
۴۷. ادراری /تناسلی:	۱- سنگ کلیه <input type="checkbox"/>	۲- عفونت ادراری <input type="checkbox"/>	۳- عفونت های دستگاه تناسلی <input type="checkbox"/>	۴- سایر ذکر شود	۵- هیچکدام <input type="checkbox"/>					
۴۸. تنفسی:	۱- عفونت مکرر دستگاه تنفسی <input type="checkbox"/>	۲- سرفه های بیش از دوهفته <input type="checkbox"/>	۳- آسم <input type="checkbox"/>	۴- تنگی نفس <input type="checkbox"/>	۵- سایر ذکر شود	۶- هیچکدام <input type="checkbox"/>				
۴۹. پوست:	۱- آکنه <input type="checkbox"/>	۲- عفونت های پوستی(قارچ و ...) <input type="checkbox"/>	۳- ناراحتی های پوستی <input type="checkbox"/>	۴- سایر ذکر شود.....	۵- هیچکدام <input type="checkbox"/>					
۵۰. سایر موارد:	۱- چربی خون بالا <input type="checkbox"/>	۲- دردهای اسکلتی-عضلانی <input type="checkbox"/>	۳- مشکلات مادرزادی <input type="checkbox"/>	ذکر شود...						
۴- دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/>	۵- اختلالات تیروئید <input type="checkbox"/>	۶- احساس خستگی مزمن <input type="checkbox"/>	۷- سل <input type="checkbox"/>	۸- تب روماتیسمی <input type="checkbox"/>	۹- مشکلات خواب <input type="checkbox"/>	۱۰- سرطان یا تومور <input type="checkbox"/>	ذکر شود.....	۱۱- معلولیت <input type="checkbox"/>	نوع و علت :	۱۲- هیچکدام <input type="checkbox"/>
۵۱. کدام یک از آسیب دیدگی و حوادث زیر برای شما اتفاق افتاده است؟										
۱- شکستگی و آسیب استخوانی <input type="checkbox"/>	۲- ضربه مغزی <input type="checkbox"/>	۳- سوختگی شدید <input type="checkbox"/>	۴- برق گرفتگی <input type="checkbox"/>	۵- سایر ذکر شود	۶- هیچکدام <input type="checkbox"/>					
۵۲. آیا سابقه مصرف طولانی مدت دارو را دارید ؟										
نام دارو.....	میزان مصرف.....	مدت زمان مصرف.....	علت مصرف.....	۲- بلی <input type="checkbox"/>						
۵۳. آیا شما به داروی خاصی حساسیت دارید؟										
۱- خیر <input type="checkbox"/>	۲- بلی <input type="checkbox"/>	نام دارو.....	نوع واکنش به دارو.....							
۵۴. کدامیک از حساسیت های ذکر شده زیر را دارید؟										
۱- غذا <input type="checkbox"/>	۲- محیط (گرده گیاهان، گرد و خاک و) <input type="checkbox"/>	سایر موارد را ذکر نمایید	هیچکدام <input type="checkbox"/>							
۵۵. چه نوع دارویی را بدون تجویز پزشک مصرف می کنید؟										
۱- آنتی بیوتیکها <input type="checkbox"/>	۲- مسکن های ساده <input type="checkbox"/>	۳- ویتامین ها و مکمل های غذایی <input type="checkbox"/>	۴- داروهای آرام بخش <input type="checkbox"/>	۵- داروهای نیروزا <input type="checkbox"/>	۶- بدون تجویز هر دارویی مصرف می کنم <input type="checkbox"/>	۷- بدون تجویز اصلاً مصرف نمی کنم <input type="checkbox"/>	۸- سایر موارد <input type="checkbox"/>	ذکر گردد.....		

۶- سابقه پزشکی خانواده

۵۶. کدام یک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟										
۱- دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/>	۲- سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال <input type="checkbox"/>	۳- فشار خون بالا <input type="checkbox"/>	۴- سرطان <input type="checkbox"/>	نوع ذکر شود.....	۵- سل <input type="checkbox"/>					
۶- چربی خون بالا <input type="checkbox"/>	۷- چاقی <input type="checkbox"/>	۸- آلرژی <input type="checkbox"/>	۹- بیماری های اعصاب و روان <input type="checkbox"/>							
۱۰- بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/>	۱۱- سکته مغزی <input type="checkbox"/>	۱۲- آسم <input type="checkbox"/>	۱۳- اختلالات ژنتیکی <input type="checkbox"/>							
۱۴- بیماری های قلبی و عروقی <input type="checkbox"/>	۱۵- اختلال تیروئید <input type="checkbox"/>	۱۶- مصرف دخانیات (سیگار، پپ، قلیان) <input type="checkbox"/>	۱۷- هیچکدام <input type="checkbox"/>							

۷- ارزیابی عملکرد

۵۷. آیا به دلیل بیماری خاصی در حال حاضر تحت مراقبت پزشک هستید؟										
۱- بلی <input type="checkbox"/>	بیماری و مدت زمان درمان ذکر گردد....	۲- خیر <input type="checkbox"/>								
۵۸. آیا در حال حاضر درد خاص و یا مزمنی در خود احساس می کنید؟										
۱- بلی <input type="checkbox"/>	ذکر گردد.....	۲- خیر <input type="checkbox"/>								
۵۹. کدام یک از فعالیت های زیر به دلیل مشکل جسمی شما محدود شده است؟										
۱- کار روزانه <input type="checkbox"/>	۲- ورزش ملایم <input type="checkbox"/>	۳- ورزش حرفه ای <input type="checkbox"/>	۴- یادگیری <input type="checkbox"/>	۵- هیچکدام <input type="checkbox"/>						
۶۰. هنگام انجام ورزش سنگین (مانند دویدن) دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟										
۱- درد قفسه سینه <input type="checkbox"/>	۲- سرفه <input type="checkbox"/>	۳- سرگیجه <input type="checkbox"/>	هیچکدام <input type="checkbox"/>							

موارد زیر توسط پرستار و یا کارشناسان مرکز بهداشت تکمیل گردد

۸: معاینات جسمانی

$$BMI = \frac{\text{وزن (kg)}}{\text{قد (m)}^2}$$

۸-۱- اندازه گیری قد، وزن و فشار خون (محاسبه BMI از روش

۶۱. قد (سانتی متر):	۶۲. وزن (کیلوگرم):	BMI: ۶۳	۶۴. فشار خون (میلیمتر جیوه): #
---------------------	--------------------	---------	--------------------------------

۸-۲- اندازه گیری قدرت بینایی (طبیعی) اصلاح شده (اعمال جراحی، عینک، لنز و...)

۶۵. وضعیت بینایی چشم راست کدام گزینه است؟	۱- ۱۰/۱۰- <input type="checkbox"/>	۲- ۹/۱۰- <input type="checkbox"/>	۳- ۸/۱۰- و کمتر <input type="checkbox"/>	کوررنگی <input type="checkbox"/> نابینایی <input type="checkbox"/>
۶۶. وضعیت بینایی چشم چپ کدام گزینه است؟	۱- ۱۰/۱۰- <input type="checkbox"/>	۲- ۹/۱۰- <input type="checkbox"/>	۳- ۸/۱۰- و کمتر <input type="checkbox"/>	کوررنگی <input type="checkbox"/> نابینایی <input type="checkbox"/>

۸-۳- معاینه دهان و دندان

۶۷. وضعیت بهداشت دهان کدام گزینه است؟	۱- بد <input type="checkbox"/>	۲- متوسط <input type="checkbox"/>	۳- خوب <input type="checkbox"/>
۶۸. وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است؟	۱- بیماری لثه (پیوره) <input type="checkbox"/>	۲- التهاب لثه <input type="checkbox"/>	۳- طبیعی <input type="checkbox"/>
۶۹. تعداد دندان های پوسیده چند تا است؟	۱- صفر <input type="checkbox"/>	۲- عدد	
۷۰. تعداد دندان های پر شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟	۱- صفر <input type="checkbox"/>	۲- عدد	
۷۱. تعداد دندان های کشیده شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟	۱- صفر <input type="checkbox"/>	۲- عدد	

۹- ارزیابی کارشناس:

* در صورتی که در هر یک از موارد بندهای ۵ تا ۸ اختلالی رویت گردید نیاز به بررسی و معاینه پزشک دارد
 ** در صورت مثبت بودن هر یک از موارد سابقه پزشکی دیابت در بستگان درجه یک، فشار خون بالای فرد، چربی خون بالای فرد و $BMI > 25$ فرد باید مورد آزمایش قند خون ناشتا در آزمایشگاه قرار گیرد.

۷۲. نیاز به آزمایش قند خون ناشتا دارد؟	۱- بلی <input type="checkbox"/>	۲- خیر <input type="checkbox"/>	۳- نتیجه آزمایش قند خون (در صورت انجام).....
۷۳. نیاز به معاینه پزشک دارد؟	۱- بلی <input type="checkbox"/>	۲- خیر <input type="checkbox"/>	

۱۰- نتیجه ارزیابی پزشک و پیگیری نهایی:

۷۴. نتیجه ارزیابی پزشک:		
۱- سالم است و نیاز به پیگیری ندارد <input type="checkbox"/>		
۲- تحت نظر پزشک معالج است <input type="checkbox"/> تشخیص:.....		
۳- نیازمند پیگیری مرکز بهداشت و درمان است (اعم از نیاز به مراجعه مجدد، معاینه تکمیلی، ارجاع به متخصص یا سایر اقدامات پزشکی) <input type="checkbox"/>		
تشخیص اولیه ذکر گردد.....		
۷۵. نتیجه پیگیری انجام شده:		
۱- سالم است <input type="checkbox"/>	۲- نیاز به درمان دارد <input type="checkbox"/>	۳- نیاز به بررسی بیشتر دارد <input type="checkbox"/>

۱۳- توضیحات:

امضاء کارشناس:

امضاء پزشک: