دفتر ثبت نتایج معاینات غربالگری جوانان توسط کارکنان مرکز بهداشتی درمانی / خانه بهداشت ..... در سال .....

ردیف	نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	قد به سانتی متر	وزن به کیلو گرم	نمایه توده بدنی (BMI)						واکسیناسیون	اختلالات پوست و مو		اختلال دهان و دندان			اختلال ریوی		مشکوک به روانپزشکی / رفتاری	رفتارهای پرخطر				افزایش فشار خون	اختلال بینایی	اختلال شنوایی/گفتاری	سایر	بیماری نیازمند مراقبت ویژه						شماره تلفن جهت پیگیری
					BMIکمتر از ۱۸/۵(لاغر)	BMIبین ۲۴/۹ - ۱۸/۵		BMIبین ۲۹/۹-۲۵(اضافه وزن)	BMIبین ۳۴/۹-۳۰(چاقی درجه یک)	BMIبین ۳۹/۹-۳۵(چاقی درجه دو)	BMIبالای ۳۵ (چاقی درجه سه)	پدیکولوز	سایر	دارد	ندارد	لثه ملتهب	مشکوک به سل	مشکوک به آسم		تغذیه نامناسب	تماس با مواد دخانی	کم تحرکی	پرخاشگری / اقدام به خودکشی					دیابت	صرع	بیماریهای قلبی عروقی	آسم	بیماریهای مادرزادی و ژنتیک	آلرژی	
						با عامل خطر	بدون عامل خطر																											
جمع کل																																		