

پرسشنامه اطلاعات دانشجو

فرم شماره (۱) استاد مشاور

نام و نام خانوادگی:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:	محل تولد:
رشته تحصیلی:	مقطع تحصیلی:	شماره دانشجویی:	سال ورود:
وضعیت تأهل:	تعداد فرزند در خانواده:	شهر اسکان خانواده:	وضعیت نظام وظیفه:
رشته تحصیلی دوران متوسطه:	سال پایان دوره پیش دانشگاهی:	معدل دیپلم:	تعداد دفعات شرکت در کنکور:
گروه آزمایشی آزمون سراسری:	سهمیه قبولی کنکور:	سابقه انصراف از رشته:	سابقه تغییر رشته:
رتبه کنکور:	<input type="checkbox"/> بومی <input type="checkbox"/> خوابگاه دولتی <input type="checkbox"/> خوابگاه خصوصی <input type="checkbox"/> منزل استیجاری <input type="checkbox"/>		
آدرس محل سکونت دانشجو در بجنورد:			
آدرس و شماره تلفن منزل پدر:			
شماره تلفن دانشجو:	ثابت:	کد شهرستان:	همراه:
وضعیت سلامتی جسمی دانشجو	<input type="checkbox"/> اختلال بینایی <input type="checkbox"/> اختلال شنوایی <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	ایمیل:	
سابقه بیماری یا مصرف دارو:			
استعمال سیگار و مواد مخدر:			
سابقه استفاده از خدمات مشاوره در گذشته و حال:			
عدم احساس نیاز <input type="checkbox"/> مراجعه به مشاور <input type="checkbox"/> مراجعه به روانپزشک <input type="checkbox"/> مراجعه به روانپزشک و مصرف دارو بر اساس تشخیص وی <input type="checkbox"/>			
حوادث مهم زندگی:			
<input type="checkbox"/> مرگ والدین <input type="checkbox"/> جدایی والدین <input type="checkbox"/> طلاق دانشجو <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>			
تفریح مورد علاقه:		موضوعات مورد علاقه:	
فعالیت های اوقات فراغت:		ورزش مورد علاقه:	
وضعیت اقتصادی دانشجو:			
<input type="checkbox"/> بدون مشکل <input type="checkbox"/> محدودیت در تامین نیازهای اولیه <input type="checkbox"/> مشکل در تامین نیازهای اولیه <input type="checkbox"/>			
وضعیت اشتغال دانشجو: شاغل <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		در صورت مثبت بودن: نوع شغل:	
وضعیت سرپرست خانواده:		میزان درآمد:	
<input type="checkbox"/> پدر سرپرست خانواده <input type="checkbox"/> مادر سرپرست خانواده <input type="checkbox"/>			
خانواده فاقد پدر و مادر <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
نام و نام خانوادگی پدر:	سن:	شغل:	تحصیلات:
نام و نام خانوادگی مادر:	سن:	شغل:	تحصیلات:
تعداد برادر و خواهر:		نام و نام خانوادگی صمیمی ترین دوست و شماره تلفن:	
وضعیت مالی خانواده:			
<input type="checkbox"/> ضعیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> خیلی خوب <input type="checkbox"/>			