



به نام خدا

شماره:

تاریخ:

پیوست:

دانشکده شهید باهنر تهران

کاربرگ (۳) - اعلام نظر مرکز بهداشت و مشاوره بر اساس تبصره ذیل ماده (۹)

نام و نام خانوادگی:	رشته تحصیلی:	شماره دانشجویی:	سهمیه:
سال ورود: نیمسال اول <input type="checkbox"/> نیمسال دوم <input type="checkbox"/>	دوره: روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/>	مقطع تحصیلی:	سن:
وضعیت تاهل:	محل سکونت:	شماره تماس:	معدل کتبی دیپلم:
تعداد نیمسال‌های مشروطی:	تعداد واحدهای اخذ شده:	تعداد واحدهای گذرانده:	تعداد واحدهای باقی مانده:
آخرین نیمسال تحصیلی:	معدل کل:	وقفه تحصیلی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	چند نیمسال وقفه دارد؟

معدل نیمسال های تحصیلی:

اول:	سوم:	پنجم:	هفتم:	نهم:
دوم:	چهارم:	ششم:	هشتم:	دهم:

تاریخ اولین مراجعه: تاریخ اولین ویزیت:

تعداد مراجعات به: روانشناس / مشاور داخل دانشگاه جلسه - مشاور تحصیلی داخل دانشگاه جلسه - روانپزشک داخل دانشگاه جلسه - مددکار داخل دانشگاه جلسه

تعداد مراجعات به: روانشناس / مشاور خارج دانشگاه جلسه - مشاور تحصیلی خارج دانشگاه جلسه - روانپزشک خارج دانشگاه جلسه - مددکار خارج دانشگاه جلسه

۱- علت مراجعه/تقاضای دانشجوی:

۲- وضعیت روانشناختی / تحصیلی / خانوادگی / اجتماعی و اقدامات انجام شده (در مرکز مشاوره دانشگاه یا خارج از دانشگاه به همراه مستندات):

۳- تاثیر وضعیت روانشناختی / خانوادگی / اجتماعی بر عملکرد تحصیلی:

بیماری و مشکلات فردی، خانوادگی و روانشناختی توجیه کننده مشکلات آموزشی دانشجوی می باشد ☐ نمی باشد ☐

۴- توانایی فعلی برای ادامه تحصیل:

در حال حاضر توانایی برای ادامه تحصیل دارد ☐ همزمان با تداوم جلسات درمانی دارد ☐
پس از اتمام جلسات درمانی مجدداً بررسی شود ☐ در حال حاضر توانایی ادامه تحصیل ندارد ☐

۵- نظر نهایی کار گروه:

حداکثر مساعدت به عمل آید ☐ در صورت امکان، مساعدت گردد ☐ طبق مقررات رفتار گردد ☐

توضیحات:

نام و امضای اعضای کارگروه بررسی موارد خاص مرکز مشاوره دانشگاه:

رئیس مرکز روانپزشک روانشناس بالینی مددکار مسئول آموزش
مسئول دانشجویی
تاریخ:

