



آقا/خانم پزشک مدرسه به اطلاعات جا داده شده در سوالات 1-13 برای ارزیابی پزشکی مدرسه مطابق با §11 مقررات مدرسه برای مدارس ابتدایی دولتی در راینلاند-فالتس نیاز دارد. از این اطلاعات به عنوان مبنایی برای بحث مشترک و برای تشخیص وضعیت رشد کنونی کودک استفاده می شود. پاسخگویی به این سوالات از طرف شما امر حتمی می باشد. ابهامات در مورد هر سؤال را می توان در صحبت روی آنها روشن کرد.

1. داده ها در مورد خانواده

تاریخ پر شدن :

سال	ماه	روز
-----	-----	-----

بچه

(مثلاً: پدر/مادر) ولی الامر 1

(مثلاً: پدر/مادر) ولی الامر 2

اسم خانوادگی

_____	_____	_____
-------	-------	-------

اسم

جنسیت

متفرقه	مونث	مذکر	متفرقه	مونث	مذکر	متفرقه	مونث	مذکر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

تاریخ تولد

سال	ماه	روز
-----	-----	-----

محل تولد بچه

نشانی

2. تا کنون چگونه از فرزند شما مواظبت شده است؟ او در کدام مؤسسات رفته است؟

(الف) کودک تا سن _____ سال و _____ ماهگی فقط و فقط در خانواده نگهداری می شده است.
(ب) سپس به مؤسسات زیر رفته است: (پاسخ چندین گزینه ای است)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> کودستان تقویتی..... | <input type="checkbox"/> کودستان/ مهد کودک..... | <input type="checkbox"/> شیرخوارگاه..... |
| <input type="checkbox"/> هیچ مرکزی..... | <input type="checkbox"/> مهد کودک یکپارچه..... | <input type="checkbox"/> مرکز مراقبت روزانه..... |
- (ج) کودک در حال حاضر به مرکز زیر می رود:
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> کودستان تقویتی..... | <input type="checkbox"/> کودستان/مهد کودک..... | <input type="checkbox"/> شیرخوارگاه..... |
| <input type="checkbox"/> مهد کودک..... | <input type="checkbox"/> مهد کودک یکپارچه..... | <input type="checkbox"/> مرکز مراقبت روزانه..... |

3. فرزند شما قبلاً چه بیماری های عفونی داشته است؟ (امکان چندین گزینه)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> سالمونلا..... | <input type="checkbox"/> اوریون..... | <input type="checkbox"/> آبله مرغان..... |
| <input type="checkbox"/> بورلیبوزیس..... | <input type="checkbox"/> سرخچه..... | <input type="checkbox"/> مخلک..... |
| <input type="checkbox"/> التهاب مغزی/مننژیت..... | <input type="checkbox"/> سیاه سرفه..... | <input type="checkbox"/> کرم حلقوی..... |
| <input type="checkbox"/> روتاویروس ها..... | <input type="checkbox"/> هپاتیت B..... | <input type="checkbox"/> سرخک..... |
| <input type="checkbox"/> خیر..... | <input type="checkbox"/> کووید-19..... | <input type="checkbox"/> سایر..... |

در صورتی که غیر از این ها باشد، پس کدام؟

4. چه بیماری های حاد در 12 ماه گذشته بروز کرده است؟ (امکان چندین گزینه)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> عفونت خروسک..... | <input type="checkbox"/> عفونت مثانه و مجاری ادراری..... | <input type="checkbox"/> برونشیت..... |
| <input type="checkbox"/> تشنج مغزی..... | <input type="checkbox"/> ذات الریه..... | <input type="checkbox"/> التهاب گلو/التهاب لوزه..... |
| <input type="checkbox"/> عفونت های مکرر..... | <input type="checkbox"/> تشنج تب..... | <input type="checkbox"/> عفونت گوش میانی..... |
| <input type="checkbox"/> هیچ..... | | <input type="checkbox"/> دیگر..... |
| | | <input type="checkbox"/> سایر..... |

اگر دیگر، پس کدام یک؟

5. آیا فرزند شما تا به حال مبتلا به یکی از بیماری ها یا ناتوانی های تشخیص داده شده پزشکی زیر بوده است؟ (پاسخ چندین گزینه ای است) لطفا حتی المقدور، مدارک معنی دار در این زمینه را همراه خود داشته باشید!

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> تشنج (صرع)..... | <input type="checkbox"/> پولیپ (آدنوئید)..... | <input type="checkbox"/> حساسیت ها..... |
| <input type="checkbox"/> تومور / بیماری سرطان..... | <input type="checkbox"/> ناراحتی ستون فقرات..... | <input type="checkbox"/> نورودرما تیت..... |
| <input type="checkbox"/> روماتیسم..... | <input type="checkbox"/> بیماری تیروئید..... | <input type="checkbox"/> برونشیت مزمن..... |
| <input type="checkbox"/> اوتیسم..... | <input type="checkbox"/> نقایص/بیماری های قلبی..... | <input type="checkbox"/> آسم برونش..... |
| <input type="checkbox"/> ناهنجاری مادرزادی..... | <input type="checkbox"/> دیابت قندی..... | <input type="checkbox"/> تب یونجه..... |
| <input type="checkbox"/> محدودیت توانایی جسمانی... | <input type="checkbox"/> عفونت های مزمن دستگاه ادراری..... | <input type="checkbox"/> آلرژی غذایی..... |
| <input type="checkbox"/> اختلال روانی..... | <input type="checkbox"/> اختلال کمبود توجه..... | <input type="checkbox"/> بثورات پوستی آلرژیک..... |
| <input type="checkbox"/> خیر..... | <input type="checkbox"/> بیماری روانی..... | <input type="checkbox"/> جز از این ها..... |

در صورتی که جز از این ها، کدام/ها؟ _____

6. با فرزند شما در 12 ماه گذشته یکی از علائم یا اختلالات زیر را داشته است؟ (پاسخ چندین گزینه ای است)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> بدھضمی غذایی..... | <input type="checkbox"/> بیماری های گرمی..... | <input type="checkbox"/> اختلالات بینایی..... |
| <input type="checkbox"/> بی قراری حرکتی/ بیش فعالی..... | <input type="checkbox"/> اضافه وزن..... | <input type="checkbox"/> اختلالات شنوایی..... |
| <input type="checkbox"/> پرخاشگری..... | <input type="checkbox"/> کم وزن..... | <input type="checkbox"/> اختلالات زبانی..... |
| <input type="checkbox"/> مشکل به خواب رفتن/خواب ماندن..... | <input type="checkbox"/> سردردهای مکرر..... | <input type="checkbox"/> تاخیر در رشد..... |
| <input type="checkbox"/> خروپف مکرر (بدون عفونت)..... | <input type="checkbox"/> درد مکرر شکم..... | <input type="checkbox"/> اختلال در تمرکز..... |
| <input type="checkbox"/> تنفس دهانی / عقب ماندگی تنفس بینی..... | <input type="checkbox"/> پا درد مکرر..... | <input type="checkbox"/> شب ادراری..... |
| <input type="checkbox"/> خستگی شدید در طول روز..... | <input type="checkbox"/> بیم زدگی..... | <input type="checkbox"/> بی اختیاری مدفوع..... |
| <input type="checkbox"/> خیر..... | <input type="checkbox"/> جز از این ها..... | <input type="checkbox"/> جز از این ها..... |

در صورتی که جز از این ها، کدام/ها؟ _____

7. فرزند شما در 12 ماه گذشته به کدام پزشکان یا درمانگران مراجعه کرده است؟ (پاسخ چندین گزینه ای است)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> طب سنتی..... | <input type="checkbox"/> چشم پزشک..... | <input type="checkbox"/> متخصص اطفال..... |
| <input type="checkbox"/> روانپزشک کودک و نوجوان..... | <input type="checkbox"/> دکتر گوش و حلق و بینی..... | <input type="checkbox"/> پزشک خانوادگی..... |
| <input type="checkbox"/> روانشناس/روان درمانگر..... | <input type="checkbox"/> متخصص پوست..... | <input type="checkbox"/> دندانپزشک..... |
| <input type="checkbox"/> جراح/متخصص ارتوپد..... | <input type="checkbox"/> اورولوژیست..... | <input type="checkbox"/> ارتوپدی فک..... |
| <input type="checkbox"/> خیر..... | <input type="checkbox"/> متخصص قلب کودکان..... | <input type="checkbox"/> جز از این ها..... |

در صورتی که جز از این ها، کدام/ها؟ _____

8. آیا برای فرزند شما تا به حال معاینات یا درمان های زیر را انجام یافته است؟ (پاسخ چندین گزینه ای است)

ارائه جزئیات دقیق (به عنوان مثال جراحی سرپایی: پولیپ)

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> تشخیص رشد..... | _____ |
| <input type="checkbox"/> دوره توانبخشی/ در استراحتگاه درمانی (کور)..... | _____ |
| <input type="checkbox"/> تست آلرژی..... | _____ |
| <input type="checkbox"/> جراحی سرپایی..... | _____ |
| <input type="checkbox"/> درمان بستری در بیمارستان..... | _____ |
| <input type="checkbox"/> بدون معاینه و درمان..... | _____ |

9. فرزند شما تاکنون چه درمان یا حمایتی های یافته است؟ (پاسخ چندین گزینه ای است)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> تعلیم و تربیت درمانی..... | <input type="checkbox"/> تقویت زود هنگام..... | <input type="checkbox"/> زبان درمانی/گفتار درمانی..... |
| <input type="checkbox"/> روان درمانی..... | <input type="checkbox"/> کمک اذعام..... | <input type="checkbox"/> کار درمانی..... |
| <input type="checkbox"/> مشاوره روانشناسی..... | <input type="checkbox"/> مشاورت تربیتی..... | <input type="checkbox"/> فیزیوتراپی..... |
| <input type="checkbox"/> کمک به خانواده (SPFH)..... | <input type="checkbox"/> جز از این ها..... | <input type="checkbox"/> فک درمانی..... |
| <input type="checkbox"/> خیر..... | | |

در صورتی که جز از این ها، کدام/ها؟ _____

علت/دلایل درمان و/یا حمایت چه بوده است؟ _____

دوره/مدت درمان: _____

10. آیا فرزند شما تا به حال دچار سانه ها یا مسمومیت ها که نیاز به درمان پزشکی داشته باشد، شده است؟ (پاسخ چندین گزینه ای است)

- مسمومیت..... تصادف در جاده..... تصادف در خانه.....
 خیر..... سانه در مکان دیگری (مانند باشگاه، سالن ورزش).... تصادف در یک مرکز مراقبتی (مانند مهد کودک).

11. آیا فرزند شما در 12 ماه گذشته دارویی مصرف کرده است؟

- خیر..... بله.....
نام داروها در صورت نیاز مدام
اگر بله، پس به سبب:
حساسیت ها.....
آسم برونش.....
صرع (تشنج).....
بیش فعالی.....
سایر بیماریهای مزمن.....
یا فرزند شما در مدرسه به دارو نیاز دارد؟..... مدام..... در صورت نیاز خیر.....
آیا فرزند شما برای مصرف دارو در مدرسه به کمک نیاز دارد؟..... بله..... خیر..... عدم نیاز به گرفتن دارو.....

12. آیا چیز دیگری هست، که بخواهید در باره فرزندتان به ما بگویید؟

13. پاسخ دهنده این پرسشنامه چه کسی هست؟ (پاسخ چندین گزینه ای است)

- خواهر/ان و برادر/ان پرستار مادر..... مادر بزرگ..... ولی الامر 1.....
 بچه..... پرستار پدر..... پدر بزرگ..... ولی الامر 2.....
 سایر اشخاص.....

پاسخگویی به سوالات 14 - 23 امر اختیاری است!

این سوالات در درجه اول برای گزارش در مورد سلامت در نظر گرفته شده و از تحقیقات در مورد سلامت کودکان حمایت می کند. هم معاینه ورودی به مدرسه و هم معاینات یا اظهار نظرهای بعدی مستقل از این هستند. اگر شک دارید، می توانید معدودی از سوالات را نیز بی پاسخ بگذارید. البته به شما یا فرزندتان از این بابت هیچ ضرری نخواهد رسید.

<p>14. کودک شما چه مدت از شیر مادر تغذیه شده است؟</p>																																											
الف)	<input type="checkbox"/> 1 - 3 ماه <input type="checkbox"/> کمتر از 1 ماه <input type="checkbox"/> شیر داده نشده است <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> بیشتر از 6 ماه <input type="checkbox"/> 4 - 6 ماه ب) نامعلوم از _____ ماه زندگی، با (غذای تکمیلی و/یا شیر خشک) تغذیه اضافی شده است.																																										
<p>15. کودک عمدتاً با چه کسانی یکجا زندگی می کند؟ (لطفاً فقط یک چلیبا در اینجا علامت بزنید)</p>																																											
	<input type="checkbox"/> نزد والدین خوانده <input type="checkbox"/> نزد والدین خود کودک <input type="checkbox"/> نزد سایر اعضای خانواده <input type="checkbox"/> نزد ولی الامر 1 به تنهایی سرپرست بچه <input type="checkbox"/> نزد اشخاص دیگر <input type="checkbox"/> نزد ولی الامر 2 به تنهایی سرپرست بچه <input type="checkbox"/> در خانه مخصوص کودکان <input type="checkbox"/> در یک خانواده ناتنی یا مرکب <input type="checkbox"/> در مدل تغییر (به عین اندازه نزد اولیاء امور از هم جدا شده)																																										
<p>16. در مجموع چند فرزند در خانه شما زندگی می کنند؟ (از جمله کودکی که باید به مدرسه ثبت نام شود)</p>																																											
	البته که _____ بچه <input type="checkbox"/> بیشتر از 4 بچه <input type="checkbox"/> 4 بچه <input type="checkbox"/> 3 بچه <input type="checkbox"/> 2 بچه <input type="checkbox"/> 1 بچه																																										
<p>17. در خانه شما به چه زبان هایی صحبت می شود؟ (پاسخ چندین گزینه ای است)</p>																																											
	کدام/ها _____ <input type="checkbox"/> سایر زبان ها <input type="checkbox"/> آلمانی																																										
<p>18. متولد کدام کشور هستید؟ (لطفاً برای هر دو ولی الامر ذکر کنید)</p>																																											
	_____ در کدام؟ <input type="checkbox"/> در یک کشور دیگر <input type="checkbox"/> در المان ولی الامر 1 _____ در کدام؟ <input type="checkbox"/> در یک کشور دیگر <input type="checkbox"/> در المان ولی الامر 2																																										
<p>19. ملیت شما چیست؟ (لطفاً ملیت کودک و هر دو ولی الامر را نام ببرید)</p>																																											
	_____ کدام؟ <input type="checkbox"/> تابعیت دیگری/ تابعیت غیر <input type="checkbox"/> آلمانی <input type="checkbox"/> بچه _____ کدام؟ <input type="checkbox"/> تابعیت دیگری/ تابعیت غیر <input type="checkbox"/> آلمانی <input type="checkbox"/> ولی الامر 1 _____ کدام؟ <input type="checkbox"/> تابعیت دیگری/ تابعیت غیر <input type="checkbox"/> آلمانی <input type="checkbox"/> ولی الامر 2																																										
<p>آیا در خانه تان دخانیات به مصرف می رسد؟</p>																																											
	<input type="checkbox"/> پیهم <input type="checkbox"/> گهگاهی <input type="checkbox"/> هرگز																																										
<p>21. بالاترین مدرک پایان تحصیلی شما چیست؟ (لطفاً برای هر دو ولی الامر ذکر کنید)</p>																																											
	<table border="0"> <tr> <td>ولی الامر 1</td> <td>ولی الامر 2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>فارغ التحصیلی از دبیرستان تا کلاس 9 یا 10 / از دبیرستان تا کلاس هشتم (فولکسشوله).....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>از دبیرستان تا کلاس دهم (متوسطه).....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>مدرک دانشگاهی علمی کاربردی (فارغ التحصیلی از دبیرستان فنی).....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>مدرک ورودی آموزش عالی عمومی (دیپلم).....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>سایر گواهی پایان تحصیل.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(هنوز) در آموزش مدرسه (دانش آموز).....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>مدرسه را بدون هیچ مدرکی به پایان رساند.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ترجیح میدهم نگویم.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ولی الامر 1	ولی الامر 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فارغ التحصیلی از دبیرستان تا کلاس 9 یا 10 / از دبیرستان تا کلاس هشتم (فولکسشوله).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	از دبیرستان تا کلاس دهم (متوسطه).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مدرک دانشگاهی علمی کاربردی (فارغ التحصیلی از دبیرستان فنی).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مدرک ورودی آموزش عالی عمومی (دیپلم).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سایر گواهی پایان تحصیل.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(هنوز) در آموزش مدرسه (دانش آموز).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مدرسه را بدون هیچ مدرکی به پایان رساند.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ترجیح میدهم نگویم.....	<input type="checkbox"/>								
ولی الامر 1	ولی الامر 2																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
فارغ التحصیلی از دبیرستان تا کلاس 9 یا 10 / از دبیرستان تا کلاس هشتم (فولکسشوله).....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
از دبیرستان تا کلاس دهم (متوسطه).....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
مدرک دانشگاهی علمی کاربردی (فارغ التحصیلی از دبیرستان فنی).....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
مدرک ورودی آموزش عالی عمومی (دیپلم).....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
سایر گواهی پایان تحصیل.....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
(هنوز) در آموزش مدرسه (دانش آموز).....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
مدرسه را بدون هیچ مدرکی به پایان رساند.....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
ترجیح میدهم نگویم.....	<input type="checkbox"/>																																										
<p>22. آیا فارغ التحصیل آموزش حرفه ای هستید؟ اگر بله، کدام؟</p>																																											
	<table border="0"> <tr> <td>ولی الامر 1</td> <td>ولی الامر 2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>..... (لطفاً فقط بالاترین مدرک تحصیلی تان را نام ببرید).....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>کارآموزی (آموزش حرفه ای - کارگاهی).....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>هنرستان فنی و حرفه ای، دانشکده تجارت (آموزش حرفه ای - کارگاهی).....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>مدرسه فنی (به عنوان مثال مدرسه تکنسین کارشناسی ارشد، آکادمی حرفه ای یا فنی).....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>دانشگاه علمی کاربردی، مدرسه مهندسی.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>دانشگاه، مدرسه عالی.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>مدرک تحصیلی غیر از این موارد.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>هنوز در حال آموزش حرفه ای.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>بدون فارغ التحصیلی.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ترجیح میدهم نگویم.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ولی الامر 1	ولی الامر 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (لطفاً فقط بالاترین مدرک تحصیلی تان را نام ببرید).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کارآموزی (آموزش حرفه ای - کارگاهی).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هنرستان فنی و حرفه ای، دانشکده تجارت (آموزش حرفه ای - کارگاهی).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مدرسه فنی (به عنوان مثال مدرسه تکنسین کارشناسی ارشد، آکادمی حرفه ای یا فنی).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دانشگاه علمی کاربردی، مدرسه مهندسی.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دانشگاه، مدرسه عالی.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مدرک تحصیلی غیر از این موارد.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هنوز در حال آموزش حرفه ای.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بدون فارغ التحصیلی.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ترجیح میدهم نگویم.....	<input type="checkbox"/>
ولی الامر 1	ولی الامر 2																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
..... (لطفاً فقط بالاترین مدرک تحصیلی تان را نام ببرید).....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
کارآموزی (آموزش حرفه ای - کارگاهی).....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
هنرستان فنی و حرفه ای، دانشکده تجارت (آموزش حرفه ای - کارگاهی).....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
مدرسه فنی (به عنوان مثال مدرسه تکنسین کارشناسی ارشد، آکادمی حرفه ای یا فنی).....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
دانشگاه علمی کاربردی، مدرسه مهندسی.....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
دانشگاه، مدرسه عالی.....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
مدرک تحصیلی غیر از این موارد.....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
هنوز در حال آموزش حرفه ای.....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
بدون فارغ التحصیلی.....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
ترجیح میدهم نگویم.....	<input type="checkbox"/>																																										
<p>23. در حال حاضر تا چه حد شاغل هستید؟</p>																																											
	<table border="0"> <tr> <td>ولی الامر 1</td> <td>ولی الامر 2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>..... بصورت تمام وقت شاغل.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>..... شاغل جزئی (مانند کار پاره وقت، کار ساعتی).....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>..... فعلاً غیر شاغل.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ولی الامر 1	ولی الامر 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بصورت تمام وقت شاغل.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> شاغل جزئی (مانند کار پاره وقت، کار ساعتی).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> فعلاً غیر شاغل.....	<input type="checkbox"/>																												
ولی الامر 1	ولی الامر 2																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
..... بصورت تمام وقت شاغل.....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
..... شاغل جزئی (مانند کار پاره وقت، کار ساعتی).....	<input type="checkbox"/>																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
..... فعلاً غیر شاغل.....	<input type="checkbox"/>																																										