

## فرم خود اظهاری در معاینات پزشکی آتش نشانان

توسط پرسشگر (پزشک و یا پرستار) تکمیل گردد

نام و نام خانوادگی :

کد ملی یا شماره پرسنلی :

فرم زیر را به دقت مطالعه و تکمیل نموده و در صورت جواب (بله) در مقابل آن توضیح دهید :

ردیف	سابقه بیماری	بله	خیر	توضیحات
۱	سابقه حملات سرگیجه و عدم تعادل			
۲	سابقه بیماری های اعصاب و روان			
۳	سابقه حملات تشنج و صرع و سایر بیماریهای مغز و اعصاب			
۴	سابقه بستری در بیمارستان و علت آن			
۵	سابقه دیابت			
۶	سابقه بیماری های قلبی			
۷	سابقه مصرف دارو و نوع داروی مصرفی			
۸	سابقه جراحی و علت آن			
۹	سابقه استفاده از ضربان ساز قلب (پیس میکر) و وسایل مشابه			
۱۰	سابقه بیماری تنفسی مانند آسم			
۱۱	سابقه سنکوپ و اختلال هوشیاری و غش			
۱۲	سابقه کمر درد و درد زانوها و اندام ها			
۱۳	ترس بیش از حد از ارتفاع			
۱۴	سابقه ترس بیش از حد در فضای بسته			

اینجانب

صحت اظهارات خود را تأیید نموده و مسئولیت قانونی و عواقب

درج اطلاعات نادرست را برعهده می گیرم ./

تاریخ

امضاء

اثر انگشت