

## فرم خود اظهاری در معاینات دوره ای پرسنل اداری

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 دردهای مبهم در گردن و شانه و پشت			
۲	سابقه احساس گز گز و کرختی در اندامهای فوقانی			
۳	سابقه احساس گز گز و مورمور در اندامهای تحتانی و کمردرد			
۴	سابقه بیماری های قلبی			
۵	سابقه دیابت			
۶	سابقه فشار خون بالا			
۷	سابقه چربی خون بالا			

اینجانب

صحت اظهارات خود را تأیید نموده و مسئولیت قانونی و عواقب

درج اطلاعات نادرست را برعهده می گیرم. /

تاریخ

امضاء

اثر انگشت