

فرم خود اظهاری در معاینات پزشکی کارکنان در فضای بسته و محدود (Overhaul)

توسط پرسشگر (پزشک و یا پرستار) تکمیل گردد

* تذکر: تکمیل پرسشنامه مربوط به استفاده از رسیپراتور نیز الزامی است

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 تشنج و صرع			
۲	سابقه سرگیجه سنکوپ یا عدم تعادل			
۳	علائم درد یا سوزش قفسه سینه در فعالیت			
۴	سابقه تپش قلب در فعالیت یا استراحت			
۵	سابقه تنگی نفس در فعالیت یا استراحت			
۶	سابقه بیماری قلبی و یا عروقی			
۷	سابقه مصرف داروهای خواب آور			
۸	استفاده از عینک یا لنز تماسی			
۹	دیابت وابسته به انسولین			
۱۰	سابقه آسم			
۱۱	ترس بیمار گونه از فضای بسته			
۱۲	سابقه هر گونه بیماری اعصاب و روان سابقه حملات اضطرابی شدید			
۱۳	سابقه بیماری ریوی			
۱۴	سابقه هر گونه بیماری مغز و اعصاب نظیر سکته مغزی، MS و ...			

اینجانب صحت اظهارات خود را تأیید نموده و مسئولیت قانونی و عواقب

درج اطلاعات نادرست را برعهده می گیرم./

تاریخ

امضاء

اثر انگشت