

## فرم خود اظهاری در معاینات پزشکی در رانندگان

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			
۴	سابقه بستری در بیمارستان و علت آن			
۵	سابقه خواب آلودگی روزانه			
۶	سابقه دیابت			
۷	سابقه بیماری های قلبی و عروقی			
۸	سابقه مصرف دارو و نوع داروی مصرفی			
۹	سابقه جراحی و علت آن			
۱۰	سابقه استفاده از ضربان ساز قلب و وسایل مشابه			
۱۱	استفاده از عینک طبی یا لنز چشمی			

اینجانب

درج اطلاعات نادرست را برعهده می گیرم. /

صحت اظهارات خود را تأیید نموده و مسئولیت قانونی و عواقب

تاریخ

امضاء

اثر انگشت