

فرم خود اظهاری در معاینات بدو استخدام کلیه مشاغل

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 بیماری های تنفسی مانند آسم و آلرژی			
۲	سابقه سرگیجه دورانی و عدم تعادل			
۳	سابقه سنکوپ و اختلال هوشیاری و غش			
۴	سابقه بیماری های اعصاب و روان			
۵	سابقه ترس بیش از حد از ارتفاع / ترس از پرواز با هواپیما			
۶	سابقه ترس بیش از حد از قرار گرفتن در فضاهای بسته			
۷	سابقه تشنج و صرع			
۸	استفاده از لنز تماسی			
۹	استفاده از ضربان ساز قلب و وسایل مشابه			
۱۰	سابقه بستری در بیمارستان و علت آن			
۱۱	سابقه حادثه شغلی در محیط های کار قبلی			
۱۲	سابقه خواب آلودگی روزانه			
۱۳	سابقه کمر درد و درد زانو و درد اندام ها			
۱۴	سابقه بیماری کلیوی			
۱۵	سابقه بیماری کبدی			
۱۶	سابقه بیماری های مزمن یا راجعه پوستی وسیع			
۱۷	سابقه دیابت			
۱۸	سابقه بیماری های قلبی			
۱۹	سابقه مصرف دارو و نوع داروی مصرفی			
۲۰	سابقه هموفیلی و بیماری خونی و انعقادی			
۲۱	سابقه جراحی و علت آن			
۲۲	سابقه بیماریهای مغز و اعصاب مزمن یا راجعه (مانند MS و CVA)			

اینجانب

صحت اظهارات خود را تأیید نموده و مسئولیت قانونی و عواقب

درج اطلاعات نادرست را برعهده می گیرم. /

تاریخ

امضاء

اثر انگشت