

فرم خود اظهاری در معاینات پزشکی کارکنان مواد غذایی

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 اخیر از بیماری های اسهالی یا سابقه اسهال راجعه یا مزمن			
۲	سابق اخیر تهوع یا استفراغ			
۳	سابقه ترشح چرکی از چشمها یا گوشها یا بینی یا دهان در شش ماه گذشته			
۴	سابقه حساسیت پوستی در دستها / انگشتان / ساعدها / صورت / گردن یا سابقه بیماری های پوستی مزمن یا راجعه در این نواحی			
۵	در حال حاضر گلو درد همراه با تب دارید؟			
۶	در حال حاضر یا در یک ماه گذشته سرفه خلط دار دارید؟			
۷	سابقه بیماری سل			
۸	سابقه سرماخوردگی در چند روز اخیر			
۹	سابقه بیماری حصبه			
۱۰	سابقه دفع کرم و خارش مقعد			

اینجانب

صحت اظهارات خود را تأیید نموده و مسئولیت قانونی و عواقب

درج اطلاعات نادرست را برعهده می گیرم . /

تاریخ

امضاء

اثر انگشت