

محل الصاق عکس	<input type="checkbox"/> بدو استخدام <input type="checkbox"/> دوره ای نوبت <input type="checkbox"/> موردی	نوع معاینات
		تاریخ
		شماره پرونده
		شماره پرسنلی

### ۱- مشخصات فردی شاغل:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس:  مرد  زن وضعیت تاهل:  متاهل  مجرد تعداد فرزند: سال تولد: کد ملی: وضعیت نظام وظیفه:  خدمت کرده خدمت:  معافیت پزشکی  معافیت غیرپزشکی علت معافیت پزشکی: آدرس و تلفن:

### ۲- سوابق شغلی:

مشاغل فعلی	عنوان/سمت	وظیفه محوله	تاریخ اشتغال	
			از	تا
مشاغل قبلی				

### ۳- بررسی عوامل زیان آور شغلی:

روانی	ارگونومی	بیولوژیک	شیمیایی	فیزیکی	
<input type="checkbox"/> نوبت کاری <input type="checkbox"/> استرسورهای شغلی <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> ایستادن یا نشستن طولانی <input type="checkbox"/> کار تکراری <input type="checkbox"/> حمل و نقل بار سنگین <input type="checkbox"/> وضعیت نامناسب بدن <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> گزش <input type="checkbox"/> باکتری <input type="checkbox"/> ویروس <input type="checkbox"/> انگل <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> گرد و غبار <input type="checkbox"/> دمه فلزات <input type="checkbox"/> حلال <input type="checkbox"/> آفت کش ها <input type="checkbox"/> اسیدها و بازها <input type="checkbox"/> گازها	<input type="checkbox"/> سروصدا <input type="checkbox"/> ارتعاش <input type="checkbox"/> اشعه غیر یونیزان <input type="checkbox"/> اشعه یونیزان <input type="checkbox"/> استرس حرارتی <input type="checkbox"/> سایر	مشاغل فعلی
<input type="checkbox"/> نوبت کاری <input type="checkbox"/> استرسورهای شغلی <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> ایستادن یا نشستن طولانی <input type="checkbox"/> کار تکراری <input type="checkbox"/> حمل و نقل بار سنگین <input type="checkbox"/> وضعیت نامناسب بدن <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> گزش <input type="checkbox"/> باکتری <input type="checkbox"/> ویروس <input type="checkbox"/> انگل <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> گرد و غبار <input type="checkbox"/> دمه فلزات <input type="checkbox"/> حلال <input type="checkbox"/> آفت کش ها <input type="checkbox"/> اسیدها و بازها <input type="checkbox"/> گازها	<input type="checkbox"/> سروصدا <input type="checkbox"/> ارتعاش <input type="checkbox"/> اشعه غیر یونیزان <input type="checkbox"/> اشعه یونیزان <input type="checkbox"/> استرس حرارتی <input type="checkbox"/> سایر	مشاغل قبلی

توضیحات لازم در خصوص موارد ثبت شده در جدول فوق: .....

۴- سابقه شخصی، خانوادگی و پزشکی:

ردیف	سوال	بلی	خیر	توضیحات
	آیا سابقه بیماری خاصی دارید؟ (در صورت وجود بیماری نوع آن را در زیر علامت بنزید)			
	دیابت نوع ۱			
	دیابت نوع ۲			
	افت مکرر قند خون			
	مشکلات قلبی (نارسایی قلبی، مشکلات دریچه قلبی، مشکلات عروقی و..)			
	بالا بودن فشار خون			
	سرطان و بدخیمی			
	بیماریهای ریوی (آسم، بیماری مزمن انسدادی ریوی، برونشیت و..)			
	بیماری های خود ایمنی (ام اس، کرون، لوپوس اریتماتوز، هاشیموتو، پسونیازیس و..)			
	کم کاری یا پر کاری تیروئید			
	آلرژی و حساسیت (پوستی یا تنفسی)			
	بیماری کبدی (کبد چرب، هپاتیت، سیروز، و..)			
	بیماری کیسه صفرا			
	کم خونی			
	بیماریهای کلیوی، مثانه و مجاری ادراری (تک کلیه بودن، نارسایی کلیوی، سنگ مثانه و..)			
	صرع			
	میگرن			
	بیماری های استخوانی و مفصلی			
	سایر بیماری ها (ذکر کنید)			
	در صورت ابتلا به بیماری آیا علائم شما در محیط کار تغییر میکنند؟			
	در صورت ابتلا به بیماری آیا همکاران شما علائم مشابه در محل کار دارند؟			
	در صورت ابتلا به بیماری آیا علائم شما در زمان تعطیلات و مرخصی ها تغییر می کند؟			
	آیا به غذا یا داروی خاصی حساسیت دارید؟ (ذکر نمایید)			
	آیا سابقه بستری در بیماری دارید؟ به چه دلیل؟			
	آیا سابقه عمل جراحی دارید؟ (ذکر نمایید)			

			آیا سابقه سرطان یا بیماری مزمن در فامیل دارید؟ (ذکر نمایید)
			آیا داروی خاصی مصرف میکنید؟ (ذکر نمایید)
	تعداد نخ روزانه سال	مدت استعمال	آیا اکنون سیگار می کشید؟
	تعداد نخ روزانه سال	مدت استعمال	آیا سابقه قبلی مصرف سیگار دارید؟
			آیا در اوقات فراغت به ورزش یا سرگرمی خاصی مشغول هستید؟ (ذکر نمایید)
			آیا تاکنون به حادثه شغلی دچار شده اید؟ (در صورت مثبت بودن جواب لطفا نوع آن را شرح دهید)
			آیا سابقه غیبت از محل کار به دلیل بیماری بیش از ۳ روز را داشته اید؟
			آیا در مجاورت محل زندگی شما مرکز صنعتی قرار دارد
			آیا سابقه معرفی به کمیسیون پزشکی را داشته اید؟

چنانچه در خصوص سوالات فوق توضیح دیگری دارید در این قسمت ذکر نمایید:

امضا و اثر انگشت شاغل مبنی بر تایید اظهارات فوق

۴- سابقه شخصی، خانوادگی و پزشکی:

تاریخ: / / وزن: (Kg) فشارخون: (mmHg) قد: (cm) تعداد نبض: (در دقیقه)

بررسی ارگان ها	در صورت وجود هر یک از موارد زیر در محل مربوطه علامت زده و خصوصیات، شدت و مدت زمان نشانه یا علامت در بخش توضیحات درج شود
عمومی	<p>Symptoms</p> <p>□ کاهش وزن □ کاهش اشتها □ خستگی مزمن □ اختلال در خواب □ تعریق بیش از حد □ عدم تحمل گرما و سرما □ تب □ غیره..... □ بدون علامت</p> <p>توضیحات</p>
چشم	<p>Symptoms</p> <p>□ کاهش حدت بینایی □ تاری دید □ خستگی چشم □ دوبینی □ سوزش چشم □ خارش چشم □ ترس از نور □ اشک ریزش □ غیره..... □ بدون علامت</p> <p>توضیحات</p>
پوست، مو و ناخن	<p>Symptoms</p> <p>□ خارش پوست □ ریزش مو □ قرمزی پوست □ تغییر رنگ پوست □ زخم مزمن □ پوسته ریزی □ تغییر رنگ ناخن □ غیره..... □ بدون علامت</p> <p>توضیحات</p>
گوش، حلق، بینی و دهان	<p>Symptoms</p> <p>□ کاهش و شنوایی □ وزوز گوش □ سرگیجه واقعی □ درد گوش □ ترشح گوش □ گرفتگی صدا □ گلودرد □ آبریزش بینی □ اختلال بویایی □ خارش و سوزش بینی □ خونریزی بینی □ خشکی دهان □ احساس مزه فلزی در دهان □ غیره..... □ بدون علامت</p> <p>توضیحات</p>

پرونده پزشکی شاغل

نام و نام خانوادگی:

شماره پرونده:

سر و گردن	Symptoms	□ درد گردن □ توده گردنی □ غیره .....	□ بدون علامت
	توضیحات		
ریه	Symptoms	□ سرفه □ خلط □ تنگی نفس کوششی □ خس خس سینه □ غیره .....	□ بدون علامت
	توضیحات		
قلب و عروق	Symptoms	□ درد قفسه سینه □ تپش قلب □ تنگی نفس ناگهانی شبانه □ تنگی نفس در وضعیت خوابیده □ سیانوز □ سابقه سنکوپ □ غیره .....	□ بدون علامت
	توضیحات		
شکم و لگن	Symptoms	□ بی‌اشتهایی □ تهوع □ استفراغ □ درد شکم □ سوزش سردل □ اسهال □ یبوست □ مدفوع قیری □ خون روشن در مدفوع اختلال در بلع □ غیره .....	□ بدون علامت
	توضیحات		
کلیه و مجاری ادراری، تناسلی	Symptoms	□ سوزش ادرار □ تکرر ادرار □ ادرار خونی □ درد پهلو □ احساس سنگینی یا توده در بیضه □ غیره .....	□ بدون علامت
	توضیحات		
اسکلتی و عضلانی	Symptoms	□ خشکی مفصل □ کمردرد □ درد زانو □ درد پهلو □ درد شانه □ درد سایر مفاصل □ غیره .....	□ بدون علامت
	توضیحات		
سیستم عصبی	Symptoms	□ سردرد □ گیجی □ لرزش □ اختلال حافظه □ سابقه صرع/ تشنج □ گزگز و مور مور انگشتان دست □ غیره .....	□ بدون علامت
	توضیحات		
اعصاب و روان	Symptoms	□ عصبانیت بیش از حد □ پر خاشگری □ اضطراب □ خلق پایین □ کاهش انگیزه □ غیره .....	□ بدون علامت
	توضیحات		
سایر موارد:			
مشخصات پزشک معاینه کننده:			
تاریخ معاینه:			
مهر و امضا:			

پرونده پزشکی شاغل

نام و نام خانوادگی:

شماره پرونده:

۵- آزمایشات پزشکی (lab test):

-تاریخ انجام آزمایش: / /

CBC: WBC..... RBC ..... Hb..... HCT..... Plt.....

U/A: Prot..... Glu..... RBC..... WBC..... Bact.....

FBS ..... Total Chol..... LDL..... HDL..... TG..... BUN..... Cr..... ALT.....

AST..... ALK.Ph..... PSA..... HBS Ag..... S/E & OB..... PPD.....

-سابقه واکسیناسیون:

آیا سابقه انجام واکسیناسیون هپاتیت دارید؟  بلی  خیر

در صورت انجام چند نوبت از این واکسن را دریافت نموده اید؟ .....

در صورت انجام تاریخ های آن را ذکر نمایید. .../.../... .../.../... .../.../...

سایر توضیحات:

مشخصات پزشک معتمد ارائه دهنده نظر نهایی:

نظر نهایی پزشک معتمد در خصوص پرونده پزشکی و صلاحیت شغلی:

مهر و امضاء:

تاریخ : / / ۱۳