

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سلامت محیط و کار
پرونده پزشکی شاغل

محل الصاق عکس	نوع معاینات			
	نوبت			
	تاریخ			
	شماره استخدامی شاغل			
	شماره پرونده			

نام و نام خانوادگی: جنس: زن: مرد: سال تولد: وضعیت تأهل: تعداد اولاد:
 وضعیت نظام وظیفه انجام داده: رسته خدمت: معافیت غیرپزشکی: معافیت پزشکی: علت معافیت:
 آخرین مدرک تحصیلی: نام کارگاه: کارخانه: نام کارفرما: نوع کارگاه: محصول اصلی کارخانه:
 آدرس کارخانه: تلفن _ نمابر

الف. سوابق شغلی	عنوان / سمت	کار محوله	شیفت کار	عوامل عمده زیان آور (متوسط ساعات مواجهه روزانه)	تاریخ اشتغال		علت تغییر شغل
					از	تا	
مشاغل فعلی							
مشاغل قبلی	اول						

☆ آیا تاکنون در مواجهه با سروصدا، آذیبست، گردوغبار، حلالها، سرب، آرسنیک، جیوه، بوده اید

چنانچه در زمان تکمیل فرم در بیش از دو شغل اشتغال دارد با ذکر نوبت معاینه عناوین (مدت اشتغال به سال) ذکر شود.

ب: سوابق شخصی.

ردیف	براساس پاسخ شاغل تکمیل گردد	بلی	خیر	ردیف	براساس پاسخ شاغل تکمیل گردد	بلی	خیر
۱	آیا سابقه بیماری خاصی دارید؟			۱۲	آیا سابقه سرطان در فامیل دارید؟		
۲	آیا علائم بیماری شما در محیط کار تشدید می شود؟			۱۳	آیا سابقه مرده زایی یا نازایی دارید؟		
۳	آیا همکاران علائم مشابه شما در محیط کار دارند؟			۱۴	آیا سابقه مصرف داروی خاصی دارید؟		
۴	آیا به ماده خاصی حساسیت دارید؟			۱۵	آیا سیگار می کشید؟		
۵	آیا بیماری شما در تعطیلات بهتر می شود؟			۱۶	آیا عموماً در محیط کار سیگار می کشید؟		
۶	آیا معاینه بدو استخدام انجام داده اید؟			۱۷	آیا از کار فعلی خود راضی هستید؟		
۷	آیا تاکنون آزمایش خاصی را انجام داده اید؟			۱۸	آیا سابقه غیبت از کار به علت بیماری بیش از ۳ روز دارید؟		
۸	آیا عادت یا سرگرمی خاصی دارید؟			۱۹	آیا تاکنون به حادثه شغلی دچار شده اید؟		
۹	آیا سابقه بیماری ارثی در خانواده دارید؟			۲۰	آیا منزل شما در مجاورت مرکز صنعتی قرار دارد؟		
۱۰	آیا سابقه تزریق خون دارید؟			۲۱	آیا سابقه معرفی به کمیسیون پزشکی دارید؟		
۱۱	آیا سابقه عمل جراحی دارید؟			۲۲	آیا نکته فراموش شده ای جهت ثبت وجود دارد؟		

تاریخ آزمایش	R.B.C	Hb	HCT	MCY	MCH	MCHC	WBC	Poly	Lym	Eos	Plat	SR:	BGRH	
C.B.C														
C.B.C														
C.B.C														
تاریخ آزمایش	Color	S.Gr	Prot	GLU	RBC	WBC	Bact	FBS	TG	BUN	Creat	Chol		
												LDL	HDL	
U.A														
U.A														
U.A														
تاریخ آزمایش	Occult blood		O&P	Metals				LFT	E.C.G	P.P.D	CTSCAN	HBSAG	Others	
میدان بینایی	دید رنگی		دید با عینک				دید بدون عینک				سایر موارد			
چپ	راست		چپ		راست		چپ		راست					
تاریخ آزمایش	گوش چپ						گوش راست						نتیجه	
	هرتز						هرتز							
فرکانس	۵۰۰	۱۰۰۰	۲۰۰۰	۳۰۰۰	۴۰۰۰	۶۰۰۰	۸۰۰۰	۵۰۰	۱۰۰۰	۲۰۰۰	۳۰۰۰	۴۰۰۰	۶۰۰۰	۸۰۰۰
P.T.A														
P.T.A														
P.T.A														
تاریخ آزمایش	AP		Lat		Decub		Others				نتیجه			
C.X.R														
C.X.R														
C.X.R														
تاریخ آزمایش	FVC		FEVI		FEVI/FVC%		Others				نتیجه			
P.F.T														
P.F.T														
P.F.T														
تاریخ سایر تستهای مورد نیاز	در صورت درخواست نسبت به قید نوع تست اقدام نمائید.											نتیجه		

