سازمان آتش نشانی و خدمات ایمنی شهرستان نیشابور

فرم صحت و سلامت

عنوان دوره: ..... زمان برگزاری:.....مکان برگزاری: .....

نام ـ نام‌خانوادگی:		نام پدر:	
شمارهٔ شناسنامه:	محلّ تولد:	کد ملی:	تاریخ تولد: روز ماه سال
استان محلّ اقامت:		سازمان اعزام کننده:	
گروه خون:		شمارهٔ‌کارت بیمهٔ ورزشی:	

بخش سنجش سلامت

اخطار: پاسخ به تمامی پرسش‌ها الزامی است. اطّلاعات نادرست، در هنگام بروز فوریت‌های پزشکی، اقدامات درمانی را تحت‌الشّعاع قرار داده وخطرناک است.

	بلی	خیر		بلی	خیر
۱ ـ ضربهٔ مغزیا آسیب واردشده به سر	☐	☐	۱۲ ـ بیماری‌های ذهنیا ضعف عصبی	☐	☐
۲ ـ مشکلات چشمیا گوشی(بیماریا جرّاحی)	☐	☐	۱۳ ـ اعتیاد به دارو یا الکل	☐	☐
۳ ـ حملات گیج‌کننده(غش یا تشنّج)	☐	☐	۱۴ ـ جرّاحیا توصیه‌شده برایانجام عملِ جراحی	☐	☐
۴ ـ توبرکلوزیس، آسم، برونشیت	☐	☐	۱۵ ـ مشکلات پوستیا آلرژی	☐	☐
۵ ـ مشکلات قلبیا تب روماتیسمی	☐	☐	۱۶ ـ حساسیت به دارو	☐	☐
۶ ـ فشار خون بالا یا پائین	☐	☐	۱۷ ـ حساسیت به گزیدن حشرات	☐	☐
۷ ـ آنمی ـ لوسمیا اختلالات خونی	☐	☐	۱۸ ـ حساسیت به گرد و غبار	☐	☐
۸ ـ دیابت، هپاتیت یا زردی	☐	☐	۱۹ ـ استفاده از داروهای تجویزشده به‌صورت منظم	☐	☐
۹ ـ زخم معده و دیگر مشکلات معده	☐	☐	۲۰ ـ بیماری‌های استخوانیا مفصلی، شکستگی‌ها، دررفتگی‌ها، مفاصل مصنوعی، آرتریت، درد ناحیهٔ پشت	☐	☐
۱۰ ـ مشکلات کلیه، مثانه	☐	☐	H.I.V ـ ۲۱	☐	☐
۱۱ ـ فتق (پارگی)	☐	☐	۲۲ ـ آیا شما در حال درمان هستید؟	☐	☐

اگر پاسخ شمارهٔ ۲۲ «بلی» است، علّت تحت درمان بودن خود را بنویسید:

بیماری‌های دیگر یا ضایعاتی که در بالا از آن‌ها نام برده نشده و شما به آن‌ها مبتلا هستید را بنویسید:

این‌جانب ..... ضمن تأیید مطالب فوق، مسئولیت ناشی از تمامی پیش‌آمدهای ممکن برای خود، در دوره را می‌پذیرم.

امضاء

شرکت نام‌برده در دوره امکان‌پذیراست/ نیست.

نام ـ نام خانوادگی و امضای مسئول پذیرش