

شهرداری نیشابور

عنوان دوره: زمان برگزاری: مکان برگزاری:

نام خانوادگی:	نام پدر:					
شماره شناسنامه:	محل تولد:	کد ملی:	تاریخ تولد:	روز	ماه	سال
استان محل اقامت:	سازمان اعزام کننده:					
گروه خون:	شماره کارت بیمه ورزشی:					

بخش منجش سلامت

اخطار: پاسخ به تمامی پرسش‌ها الزامی است. اطلاعات نادرست، در هنگام بروز فوریت‌های پزشکی، اقدامات درمانی را تحت‌الشعاع قرار داده و خطرناک است.

بله	خیر	بله	خیر	پرسش
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱ - ضربه مغزیبا آسیب وارد شده به سر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲ - مشکلات چشمییا گوش(بیماریها جراحی)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳ - حملات گیج‌کننده(فش یا تشنج)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴ - تور کوزیس، آسپ، برونشیت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵ - مشکلات قلبییا تب روماتیسمی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶ - فشار خون بالا یا پایین
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷ - آنمی - لوسمییا اختلالات خونی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸ - دیابت، هپاتیت یا زردی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹ - زخم معده و دیگر مشکلات معده
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰ - مشکلات کلیه، مثانه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۱ - فتق (بارگی)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۲ - بیماری‌های ذهنییا ضعف عصبی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳ - اعتیاد به دارو یا الکل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۴ - جراحی‌ها توصیه شده برابانجام عمل جراحی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۵ - مشکلات پوستییا آلرژی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۶ - حساسیت به دارو
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۷ - حساسیت به گزیدن حشرات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۸ - حساسیت به گرد و غبار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۹ - استفاده از داروهای تجویز شده به صورت منظم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۰ - بیماری‌های استخوانییا مفصلی، شکستگی‌ها، دررفتگی‌ها، مفاصل مصنوعی، آرتریت، درد ناحیه پشت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۱ - H. L. V
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۲ - آیا شما در حال درمان هستید؟

اگر پاسخ شماره ۲۲ «بله» است، علت تحت درمان بودن خود را بنویسید:

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

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

امضاء

شرکت نامبرده در دوره امکن پذیراست/ نیست.

نام - نام خانوادگی و امضای مسئول پذیرش