



سازمان تأمین اجتماعی
فرم نمونه شماره ۲

فرم استعلام از پزشک معالج

متقاضیان شرکت در کمیسیون های پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی

محل الصاق
عکس

شماره :

تاریخ:

سرکار خانم / آقای دکتر متخصص محترم.....

نظر به اینکه آقای / خانم به شماره ملی فرزند تاریخ تولد

شاغل در کارگاه دارای شغل بر اساس گواهی صادره توسط آن جناب بعنوان پزشک معالج ،
مبادرت به درخواست از کارافتادگی نموده لذا خواهشمند است در صورت تایید درخواست وی اطلاعات مندرج در جدول زیر را
تکمیل نمائید.

ضمناً چنانچه تخصص جنابعالی با انجام اقدامات درمانی و توانبخشی تکمیلی جهت علاج بیماری نامبرده مرتبط نمی باشد و یا دوره
درمانی کافی را جهت علاج بیماری طی نکرده باشد ، از تکمیل فرم و معرفی مشارالیه اجتناب فرمائید.

شعبه تأمین اجتماعی

۱- عنوان تشخیص قطعی بیماری یا عارضه :

۲- اولین تاریخ مراجعه به جنابعالی : ۳- به استناد تاریخ علامت دارشدن

بیماری : می باشد . ۴- تاریخ پیدایش علائم ناتوانی در انجام کار:

۵- آیا زمان لازم برای مشخص شدن وضعیت پاسخ به درمان طی شده است ؟

۶- وضعیت پاسخ به درمان : ☐ بی نتیجه ☐ بهبودی نسبی ☐ نیاز به ادامه درمان به مدت

۷- خلاصه اقدامات توانبخشی و درمان های انجام شده توسط جنابعالی :

۸- در خصوص عوارض بیماری فوق نیاز به بررسی ☐ متخصص دیگری نمی باشد . ☐ متخصص می باشد.

۹- مستندات پاراکلینیکی مبنی بر تشخیص بیماری :

۱۰- آیا اقدامات درمانی و توانبخشی پیشنهادی جنابعالی برای آینده بیمار (مصرف دارو ، عمل جراحی ، تغییر شرایط
شغلی ، استراحت پزشکی ، تجویز پروتز و ...) تغییری در راستای بهبودی و علاج بیماری خواهد کرد ؟

۱۱- چنانچه بیمار به درمان های انجام شده (مؤثر در بهبودی) پاسخ مناسب نداده و بیماری غیرقابل علاج می باشد ،
در اینصورت : الف) منجر به کاهش توانائی انجام کار در حد از کارافتادگی وی شده است . ☐
ب) بیماری مشارالیه مانعی در ادامه اشتغال وی در شغل فوق الذکر نمی باشد . ☐

۱۲- توضیحات ضروری :

آدرس و شماره تماس پزشک :

مهر و امضاء پزشک معالج :

شماره نظام پزشکی :

تاریخ تکمیل فرم :