

محل الصاق عکس	نوع معاینات	ذکر نشده
	تاریخ	ذکر نشده
	شماره پرونده	ذکر نشده
	شماره استخدامی شاغل	ذکر نشده



۱- مشخصات فردی شاغل

نام و نام خانوادگی: second	نام پدر: ذکر نشده	جنسیت: مرد
وضعیت تاهل: مجرد	تعداد فرزندان: ذکر نشده	سال تولد: ذکر نشده
وضعیت نظام وظیفه: خدمت کرده	رسته خدمت: ذکر نشده	کد ملی: ذکر نشده
علت معافیت پزشکی: ذکر نشده	نام واحد کاری: ذکر نشده	معافیت پزشکی: ✗
آدرس و تلفن محل کار: ذکر نشده		

۲- سوابق شغلی

عنوان/سمت	وظیفه محوله	تاریخ اشتغال		علت تغییر شغل
		از	تا	
مشاغل فعلی	ذکر نشده	۰/۰/۰	۰/۰/۰	ذکر نشده
ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده
مشاغل قبلی	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده
ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده

۳- ارزیابی عوامل زیان آور شغلی:

	فیزیکی	شیمیایی	بیولوژیک	ارگونومی	روانی
مشاغل فعلی	✗ سر و صدا	✗ گرد و غبار	✗ گزش	✗ ایستادن یا نشستن طولانی مدت	✗ نوبت کاری ✗ استرسور های شغلی ✗ سایر
	✗ ارتعاش	✗ دمه فلزات	✗ باکتری	✗ کار تکراری	
	✗ اشعه غیر یونیزان	✗ حلال	✗ ویروس	✗ حمل و نقل بار سنگین	
	✗ اشعه یونیزان	✗ آفت کشها	✗ انگل	✗ وضعیت نامناسب بدن	
	✗ استرس حرارتی	✗ اسید و بازها	✗ سایر	✗ سایر	
	✗ سایر	✗ گاز ها			
مشاغل قبلی	✗ سر و صدا	✗ گرد و غبار	✗ گزش	✗ ایستادن یا نشستن طولانی مدت	✗ نوبت کاری ✗ استرسور های شغلی ✗ سایر
	✗ ارتعاش	✗ دمه فلزات	✗ باکتری	✗ کار تکراری	
	✗ اشعه غیر یونیزان	✗ حلال	✗ ویروس	✗ حمل و نقل بار سنگین	
	✗ اشعه یونیزان	✗ آفت کشها	✗ انگل	✗ وضعیت نامناسب بدن	
	✗ استرس حرارتی	✗ اسید و بازها	✗ سایر	✗ سایر	
	✗ سایر	✗ گاز ها			

توضیحات لازم در خصوص موارد ثبت شده در جدول و ثبت نتایج اندازه گیری ها: ذکر نشده

کارشناسی بهداشت حرفه ای در خصوص شرایط محیط کار: ذکر نشده

نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای: ذکر نشده

مهر و امضا:

تاریخ: ذکر نشده

نام و نام خانوادگی:

۴- سابقه شخصی، خانوادگی و پزشکی: (بر اساس پاسخ شاغل تکمیل شود)				
ردیف	سوال	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا سابقه بیماری دارید؟ ذکر نمایید.		✗	ذکر نشده
۲	در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شما در محیط کار تغییر می کند؟		✗	ذکر نشده
۳	در صورت ابتلا به بیماری آیا همکاران شما علایم مشابه در محل کار دارند؟		✗	ذکر نشده
۴	در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شما در زمان تعطیلات و مرخصی ها تغییر می کند؟		✗	ذکر نشده
۵	آیا به غذا، دارو یا ماده خاصی حساسیت دارید؟		✗	ذکر نشده
۶	آیا سابقه بستری در بیمارستان دارید؟ به چه دلیل؟		✗	ذکر نشده
۷	آیا سابقه عمل جراحی دارید؟ ذکر نمایید		✗	ذکر نشده
۸	آیا سابقه سرطان یا بیماری مزمن در فامیل دارید؟ ذکر نمایید		✗	ذکر نشده
۹	آیا دارو خاصی مصرف می کنید؟ ذکر کنید.		✗	ذکر نشده
۱۰	آیا اکنون سیگار می کشید؟		✗	تعداد نخ روزانه: ذکر نشده مدت استعمال: ذکر نشده
۱۱	آیا سابقه قبلی مصرف سیگار دارید؟		✗	تعداد نخ روزانه: ذکر نشده مدت استعمال: ذکر نشده
۱۲	آیا در اوقات فراغت به ورزش یا سرگرمی خاصی مشغول هستید؟ ذکر کنید.		✗	ذکر نشده
	آیا تا کنون به حادثه شغلی دچار شده اید؟		✗	نوع آسیب: ذکر نشده علت: ذکر نشده
۱۴	آیا سابقه غیبت از کار به دلیل بیماری بیش از ۳ روز دارید؟		✗	ذکر نشده
۱۵	آیا منزل شما در مجاورت مرکز صنعتی قرار دارد؟		✗	ذکر نشده
۱۶	آیا سابقه معرفی به کمیسیون پزشکی را دارید؟		✗	ذکر نشده

امضا و اثر انگشت شاغل مبنی بر تایید اظهارات فوق:

تاریخ: None/None/None		وزن(kg) None	فشار خون(mmHg) None	تعداد نبض(در دقیقه) None
در صورت وجود هر یک ازین موارد زیر در محل مربوط علامت زده و خصوصیات، شدت و مدت زمان نشانه یا علامت در بخش توضیحات درج شود				بررسی ارگان ها
عمومی	Symptom	کاهش وزن	کاهش اشتها	خستگی مزمن
	sign	عدم تحمل گرما و سرما	تب	مخاطات رنگ پریده
	توضیحات	وضعیت ظاهری (toxic/ill)		
چشم	Symptom	کاهش حد بینایی	تاری دید	خستگی چشم
	sign	ترس از نور	اشک ریزش	اسکارای ایکتریک
	توضیحات	رفلکس غیر طبیعی مردمک		
پوست، مو و ناخن	Symptom	خارش پوست	ریزش مو	تغییر رنگ پوست
	sign	پوسته ریزی	تغییر رنگ ناخن	وزیکول
	توضیحات	ماکول	پاپول	
گوش، حلق، بینی و دهان	Symptom	کاهش شنوایی	وزوز گوش	سرگیجه واقعی
	sign	گرفتگی صدا	گلودرد	آبریزش بینی
	توضیحات	خونریزی بینی		
سر و گردن	Symptom	التهاب پرده تیمان	پارگی پرده تیمان	افزایش غیر طبیعی سرومن
	sign	اگزودای حلق	قرمزی حلق	پولیپ بینی
	توضیحات	lead line	بوی بد دهان	التهاب لثه
ریه	Symptom	درد گردن	توده گردنی	تنگی نفس کوشش
	sign	بزرگی تیروئید	لنفادنوپاتی گردنی	خلط
	توضیحات	سرفه		
قلب و عروق	Symptom	درد قفسه سینه	تپش قلب	تنگی نفس ناگهانی شبانه
	sign	سیانوز	سابقه سکوپ	آریتمی
	توضیحات	صدای اضافه قلب	ادم اندام	
شکم و لگن	Symptom	بی اشتها	تهوع	استفراغ
	sign	اسهال	یبوست	مدفوع قیری
	توضیحات	تندرئس شکمی	ریباند تندرئس	هیپاتومگالی
کلیه و مجاری ادراری، تناسلی	Symptom	سوزش درار	تکرر ادرار	ادرار خونی
	sign	احساس سنگینی یا توده در بیضه	واریکوسل	
	توضیحات	خشکی مفصل	کمردرد	درد زانو
اسکلتی و عضلانی	Symptom	محدودیت حرکتی مفصل	کاهش قدرت عضلانی در اندام فوقانی	تست SLR مثبت
	sign	اسکولیوز	امپوتاسیون	تست فالن مثبت
	توضیحات			
سیستم عصبی	Symptom	سردرد	گیجی	لرزش
	sign	گزر و مور مور انگشتان دست	رفلکس زانوی غیر طبیعی	تست فالن مثبت
	توضیحات	اختلال حسی اندام ها	تست تینل مثبت	
اعصاب و روان	Symptom	عصبانیت بیش از حد	پر خاشگری	اضطراب
	sign	کاهش انگیزه	توهم	
	توضیحات	هذیان		
ذکر نشده				سایر موارد:

۶-آزمایش ها (lab tests):

تاریخ: ذکر نشده

ذکر نشده: Plt؛ ذکر نشده: HTC؛ ذکر نشده: Hb؛ ذکر نشده: RBC؛ ذکر نشده: CBC؛ WBC؛  
ذکر نشده: Bact؛ ذکر نشده: WBC؛ ذکر نشده: RBC؛ ذکر نشده: Glu؛ ذکر نشده: U/A؛ Prot؛  
ذکر نشده: TSH؛ ذکر نشده: D۳؛ ذکر نشده: TG؛ ذکر نشده: HDL؛ ذکر نشده: LDL؛ ذکر نشده: Total Chol؛ ۱۳۰ FBS؛  
not\_normal PPD؛ not\_normal S/E & OB؛ ذکر نشده: LEAD؛ ذکر نشده: ALK.Ph؛ ذکر نشده: AST؛ ذکر نشده: ALT؛ ذکر نشده: Cr؛ ذکر نشده: PSA؛

آزمایش های تخصصی /واکسیناسیون:

- ۱-نوع: ذکر نشده نتیجه: ذکر نشده تاریخ: ذکر نشده
- ۲-نوع: ذکر نشده نتیجه: ذکر نشده تاریخ: ذکر نشده
- ۳-نوع: ذکر نشده نتیجه: ذکر نشده تاریخ: ذکر نشده

۷-پاراکلینیک:

الف-اپتومتری

تاریخ	حدت بینایی				دید رنگی	میدان بینایی
	R		L		ذکر نشده	ذکر نشده
	با اصلاح	بدون اصلاح	با اصلاح	بدون اصلاح		
	۱۰ / ذکر نشده	۱۰ / ذکر نشده	۱۰ / ذکر نشده	۱۰ / ذکر نشده		
	دید عمق					ذکر نشده
ثانیه آرک: ذکر نشده						

ب-اودیومتری

ذکر نشده

تفسیر	۸۰۰۰	۶۰۰۰	۴۰۰۰	۳۰۰۰	۲۰۰۰	۱۰۰۰	۵۰۰	فرکانس
ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	AC	گوش راست
	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	BC	
ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	AC	گوش راست
	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	BC	

ج-اسپیرومتری

تاریخ انجام: None/None/None		
FEV۱ (درصد/مقدار)	FVC (درصد/مقدار)	%FEV۱/FVC
ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده
FEF ۲۵-۷۵%	PEF	VEXT (Back Extrapolated Volume)
ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده
تفسیر:		
ذکر نشده		

د-سایر اقدامات پاراکلینیک در صورت لزوم

یافته های CXR(P-A)	ذکر نشده
تاریخ انجام: None/None/None	
یافته های ECG	ذکر نشده
تاریخ انجام: None/None/None	
نتیجه رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن و سایر موارد:	
ذکر نشده	

۸-ثبت مشاوره ها و نتایج ارجاع ها:	
مشاوره یا ارجاع	نتیجه ارجاع
ذکر نشده علت ارجاع: ذکر نشده نوع تخصص: ذکر نشده	ذکر نشده
ذکر نشده علت ارجاع: ذکر نشده نوع تخصص: ذکر نشده	ذکر نشده

۹-نظریه نهایی پزشک متخصص طب کار/سلامت شغلی در خصوص کار شاغل:	
الف-بلامانع ❌	
ب-مشروط ❌ ذکر مشروط: ❌	
ج-عدم صلاحیت/تناسب پزشکی جهت انجام شغل مورد نظر ❌ علل رد صلاحیت پزشکی: ذکر نشده	
توصیه های پزشکی: ذکر نشده	

مشکلات مشاهده شده: ذکر نشده

کد بیماری شغلی: ذکر نشده