

مشخصات فردی :

نام : نام خانوادگی : نام پدر : شماره شناسنامه :

## الف - سوابق فردی

۱- سابقه بستری شدن در بیمارستان	بلی	خیر	توضیحات :
۲- سابقه عمل جراحی قلب	بلی	خیر	توضیحات :
۳- سابقه عمل جراحی مغز	بلی	خیر	توضیحات :
۴- سابقه عمل جراحی ستون فقرات	بلی	خیر	توضیحات :
۵- سابقه عمل جراحی پیوند کلیه	بلی	خیر	توضیحات :
۶- سابقه عمل جراحی چشم	بلی	خیر	توضیحات :
۷- سابقه عمل جراحی گوش	بلی	خیر	توضیحات :
۸- سابقه عمل جراحی پروستات	بلی	خیر	توضیحات :
۹- سایر اعمال جراحی	بلی	خیر	توضیحات :
۱۰- سابقه آنژیوگرافی	بلی	خیر	توضیحات :
۱۱- سابقه سکته قلبی	بلی	خیر	توضیحات :
۱۲- سابقه سکته مغزی	بلی	خیر	توضیحات :
۱۳- سابقه خونریزی معده و دستگاه گوارش	بلی	خیر	توضیحات :
۱۴- سابقه ورم پاها	بلی	خیر	توضیحات :
۱۵- سابقه استفاده از سمعک	بلی	خیر	توضیحات :
۱۶- سابقه اعتیاد به مواد مخدر	بلی	خیر	توضیحات :
۱۷- سابقه حساسیت دارویی	بلی	خیر	توضیحات :
۱۸- سابقه مصرف مستمر دارو	بلی	خیر	توضیحات :
۱۹- سابقه مصرف دخانیات	بلی	خیر	توضیحات :
۲۰- سابقه آلرژی ( حساسیت تنفسی، پوستی و ... )	بلی	خیر	توضیحات :
۲۱- سابقه فشار خون	بلی	خیر	توضیحات :
۲۲- بیماری روحی- روانی- ( افسردگی، پرخاشگری و ... )	بلی	خیر	توضیحات :
۲۳- بیماری عفونی ( سل، ایدز، هپاتیت، مننژیت و ... )	بلی	خیر	توضیحات :
۲۴- بیماری خونی ( کم خونی، هموفیلی و ... )	بلی	خیر	توضیحات :
۲۵- بیماری اسکلتی- عضلانی	بلی	خیر	توضیحات :
۲۶- بیماری پوست، مو و ناخن	بلی	خیر	توضیحات :
۲۷- بیماری ادراری- تناسلی(سنگ کلیه- بزرگی پروستات و ..)	بلی	خیر	توضیحات :
۲۸- بیماریهای رماتیسمی	بلی	خیر	توضیحات :
۲۹- بیماری آرتروز و سائیدگی مفاصل	بلی	خیر	توضیحات :
۳۰- بیماری قلبی و عروقی ( سکته قلبی، بیماری مادر زادی قلبی و ... )	بلی	خیر	توضیحات :
۳۱- بیماری هورمونی وغدد(کم کاری و پرکاری تیروئید)	بلی	خیر	توضیحات :
۳۲- بیماری دیابت ( مرض قند )	بلی	خیر	توضیحات :
۳۳- بیماری تنگی نفس ( آسم )	بلی	خیر	توضیحات :
۳۴- بیماری چشم و اختلالات بینائی (کاهش بینائی شب کوری و ...)	بلی	خیر	توضیحات :
۳۵- بیماری کاهش شنوایی و کری	بلی	خیر	توضیحات :
۳۶- بیماری تکلم و گفتاری ( لکنت زبان و ... )	بلی	خیر	توضیحات :
۳۷- بیماری صرع و تشنج	بلی	خیر	توضیحات :
۳۸- بیماری سرطان	بلی	خیر	توضیحات :

سایر

فرم خود اظهاری در خصوص بیماریهای فردی و خانوادگی	شرکت پویاسای ( سهامی خاص )
--	----------------------------

Doc. No : EMP-HLT-001	Page : 2 of 2	Date : 91-10-03
-----------------------	---------------	-----------------

**سوابق خانوادگی : ( موارد مثبت علامت زده شود )**

بیماری / نسبت	ارثی / مادرزادی	سل	دیابت	قلب و عروق	تنفسی	بیماری خونی	روانی	حساسیت	کلیوی	سرطان	معلولیت ذهنی جسمی	صرع	سایر موارد
پدر													
مادر													
برادر													
خواهر													
فرزند													

اینجانب نام پدر \_\_\_\_\_ با امضاء ذیل این فرم صحت اظهارات خود را گواهی می نمایم و هرگاه شرکت فناور پویاسای خلاف اظهارات اینجانب را مشاهده نماید مجاز می باشد تا هر گونه برخورد قانونی را با اینجانب بعمل آورد.

امضاء و اثر انگشت

تاریخ تکمیل

مهر و امضاء کارفرما