

4- سابقه شخصی، خانوادگی و پزشکی: (براساس پاسخ شاغل تکمیل شود).

ردیف	سؤال	بلی	خیر	توضیحات
1	آیا سابقه بیماری دارید؟ ذکر نمائید.			
2	در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شمادر محیط کار تغییر می کند؟			
3	در صورت ابتلا به بیماری آیا همکاران شما علایم مشابه در محل کار دارند؟			
4	در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شمادر زمان تعطیلات و مرخصی ها تغییر می کند؟			
5	آیا به غذا، دارو یا ماده خاصی حساسیت دارید؟			
6	آیا سابقه بستری در بیمارستان دارید؟ به چه دلیل؟			
7	آیا سابقه عمل جراحی دارید؟ ذکر نمایید.			
8	آیا سابقه سرطان یا بیماری مزمن در فامیل دارید؟ ذکر نمایید.			
9	آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟ ذکر نمایید.			
10	آیا اکنون سیگار می کشید؟			تعداد نخ روزانه مدت استعمال سال
11	آیا سابقه قبلی مصرف سیگار دارید؟			تعداد نخ روزانه مدت استعمال سال
12	آیا در اوقات فراغت به ورزش یا سرگرمی خاصی مشغول هستید؟ ذکر کنید.			
13	آیا تاکنون به حادثه شغلی دچار شده اید؟			نوع آسیب علت.....
14	آیا سابقه غیبت از کار به دلیل بیماری بیش از 3 روز دارید؟			
15	آیا منزل شمادر مجاورت مرکز صنعتی قرار دارد؟			
16	آیا سابقه معرفی به کمیسیون پزشکی را دارید؟			

امضا و اثر انگشت شاغل مبنی بر تایید اظهارات فوق:

5- معاینات:

تاریخ: / / 13 وزن (Kg): فشار خون (mmHg):
 قد (Cm): تعداد نبض (در دقیقه):

بررسی ارگان ها	در صورت وجود هریک از موارد زیر در محل مربوطه علامت زده و خصوصیات، شدت و مدت زمان نشانه یا علامت در بخش توضیحات درج شود.
عمومی	Symptom کاهش وزن کاهش اشتها خستگی مزمن اختلال در خواب تعریق بیش از حد عدم تحمل گرما و سرما تب غیره
	Sign وضعیت ظاهری (ill/toxic) مخاطات رنگ پریده غیره
	توضیحات
چشم	Symptom کاهش حدت بینایی تاری دید خستگی چشم دو بینی سوزش چشم خارش چشم ترس از نور اشک ریزش غیره
	Sign رفلکس غیر طبیعی مردمک قرمزی چشم اسکلرای ایکتریک نیستگموس غیره
	توضیحات
پوست، مو و ناخن	Symptom خارش پوست ریزش مو قرمزی پوست تغییر رنگ پوست زخم مزمن پوسته ریزی تغییر رنگ ناخن غیره
	Sign ماکول پاپول ندول وزیکول زخم کهیر کلابینگ ریزش منطقه ای مو ریزش جنرال مو تغییرات پیگمانی (هایپو/هایپر پیگمانتاسیون) غیره
	توضیحات
گوش، حلق، بینی و دهان	Symptom کاهش شنوایی وزوز گوش سرگیجه واقعی درد گوش ترشح گوش گرفتگی صدا گلو درد آبریزش بینی اختلال بویایی خارش و سوزش بینی خونریزی بینی خشکی دهان احساس مزه فلزی در دهان غیره
	Sign التهاب پرده تمپان پارگی پرده تمپان افزایش غیر طبیعی سرومن ترشح پشت حلق آگزودای حلق قرمزی حلق پولیپ بینی تندرنس سینوسها Lead Line بوی بد دهان التهاب لثه پرفوراسیون/زخم سیتوم غیره
	توضیحات
سر و گردن	Symptom درد گردن توده گردنی غیره
	Sign بزرگی تیروئید لنفادنوپاتی گردنی غیره
	توضیحات

ریه	Symptom	○سرفه ○خلط ○تنگی نفس کوششی ○خس خس سینه ○غیره..... ○بدون علامت
	Sign	○وضعیت ظاهری غیر طبیعی قفسه سینه ○خشونت صدا ○ویزینگ ○کراکل ○ناکی پنه ○کاهش صداهای ریوی ○بدون نشانه
	توضیحات	
قلب و عروق	Symptom	○درد قفسه سینه ○تپش قلب ○تنگی نفس ناگهانی شبانه ○تنگی نفس در وضعیت خوابیده ○سیانوز ○سابقه سنکوپ ○غیره.....
	Sign	○S1S2 غیر طبیعی ○صدای اضافی قلب ○آرپتمی ○واریس اندام تحتانی ○واریس اندام فوقانی ○ادم اندام ○بدون نشانه
	توضیحات	
شکم و لگن	Symptom	○بی اشتهاپی ○تهوع ○استفراغ ○درد شکم ○سوزش سر دل ○اسهال ○یبوست ○مدفوع قیری ○خون روشن در مدفوع ○اختلال در بلع ○غیره.....
	Sign	○تندرنس شکمی ○ریباند تندرنس ○هیپاتو مگالی ○اسپلنو مگالی ○آسیت ○توده شکمی ○دیستانسیون شکمی ○غیره.....
	توضیحات	
کلیه و مجاری ادراری، تناسلی	Symptom	○سوزش ادرار ○تکرر ادرار ○ادرار خونی ○درد پهلو ○احساس سنگینی یا توده در بیضه ○غیره.....
	Sign	○تندرنس CVA ○واریکوسل ○غیره.....
	توضیحات	
اسکلتی و عضلانی	Symptom	○خشکی مفصل ○کمر درد ○درد زانو ○درد شانه ○درد سایر مفاصل ○غیره.....
	Sign	○محدودیت حرکتی مفصل ○کاهش قدرت عضلانی در اندام فوقانی ○کاهش قدرت عضلانی در اندام تحتانی ○اسکولیوز ○آمپوتاسیون ○تست SLR مثبت ○تست Reverse-SLR مثبت ○غیره.....
	توضیحات	
سیستم عصبی	Symptom	○سر درد ○گیجی ○لرزش ○اختلال حافظه ○سابقه صرع/تنشج ○گزگز و مورمور انگشتان دست ○غیره.....
	Sign	○رفلکس زانوی غیر طبیعی ○رفلکس آشیل غیر طبیعی ○تست رومبرگ مختل ○ترمور ○اختلال حسی اندامها ○تست تینل مثبت ○تست فالن مثبت ○غیره.....
	توضیحات	
اعصاب و روان	Symptom	○عصبانیت بیش از حد ○پرخاشگری ○اضطراب ○خلق پایین ○کاهش انگیزه ○غیره.....
	Sign	○هدیان ○توهم ○اختلال اوربانتاسیون ○غیره.....
	توضیحات	
سایر موارد :		
مشخصات پزشک معاینه کننده:		
تاریخ معاینه: 13 / /		
مهر و امضاء:		

6- آزمایش‌ها (lab tests):

تاریخ انجام: 13 / /

CBC: WBC..... RBC Hb..... HCT..... Plt.....

U/A: Prot..... Glu..... RBC..... WBC..... Bact.....

FBS Total Chol..... LDL..... HDL..... TG.....

BUN..... Cr..... ALT..... AST..... ALK.Ph..... PSA..... HBS Ag..... S/E & OB..... PPD.....

آزمایش های تخصصی/واکسیناسیون:

1- نوع: نتیجه: تاریخ انجام: 13 / /

2- نوع: نتیجه: تاریخ انجام: 13 / /

3- نوع: نتیجه: تاریخ انجام: 13 / /

7- پاراکلینیک:

الف - اپتومتری

میدان بینایی				دید رنگی				حدت بینایی				تاریخ
L		R		L		R		L		R		
غیرطبیعی	طبیعی	غیرطبیعی	طبیعی	غیرطبیعی	طبیعی	غیرطبیعی	طبیعی	بدون اصلاح	با اصلاح	بدون اصلاح	با اصلاح	
								/10	/10	/10	/10	
دید عمق												13 / /
ثانیه آرک.....												

ب - اودیومتری

13 / /	فرکانس	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	SRT	SDS	تفسیر
گوش راست	AC										
	BC										
گوش چپ	AC										
	BC										

ج - اسپرومتری

تاریخ انجام: 13 / /

FEV1 (درصد/مقدار)	FVC (درصد/مقدار)	FEV1/FVC%
FEF _{25-75%}	PEF	VEXT (Back Extrapolated Volume)
تفسیر:		

د - سایر اقدامات پاراکلینیک در صورت لزوم

یافته های (P-A)CXR
تاریخ انجام: 13 / /
یافته های ECG:
تاریخ انجام: 13 / /
نتیجه رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن و سایر موارد:

8- ثبت مشاوره ها و نتایج ارجاعها:

مشاوره یا ارجاع	نتیجه ارجاع
تاریخ: علت ارجاع: نوع تخصص:	
تاریخ: علت ارجاع: نوع تخصص:	

تذکر مهم - در صورت نیاز به ارجاع، اعلام نظریه نهایی منوط به مشخص شدن نتیجه ارجاع خواهد بود.

9- نظریه نهایی پزشک متخصص طب کار/سلامت شغلی در خصوص کار شاغل:

الف - بلامانع
ب - مشروط ذکر شروط:
ج - عدم صلاحیت/تناسب پزشکی جهت انجام شغل مورد نظر ذکر علت یا علل رد صلاحیت پزشکی:
توصیه های پزشکی لازم:
مشخصات پزشک متخصص طب کار/سلامت شغلی ارائه دهنده نظر نهایی:
کد معاینات سلامت شغلی: تاریخ: 13 / / مهر و امضاء: