

شناسنامه سلامت

تاریخ:/...../۱۴۰۵

(ویژه سفر اربعین)

این قسمت توسط متقاضی تکمیل شود

تکمیل این فرم جنبه آشنایی با سوابق پزشکی شما را داشته و در راستای ارائه خدمات بهداشتی درمانی در سفر اربعین به جنابعالی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. باتوجه به محرمانه بودن اطلاعات آن، مطالعه و پاسخ دقیق به سؤالات، ما را در این امر یاری می نماید.

اینجانب متعهد میگردم که توانایی جسمی برای ۳ روز پیاده وری در مسیر نجف تا کربلا را دارم و همچنین در صورتی که براساس کتمان در پاسخگویی به سؤالات، نقص یا خللی در فرآیند بررسی وضعیت سلامتم ایجاد شود، پزشک معاینه کننده هیچگونه مسئولیتی بر عهده نخواهد داشت و ضامن هرگونه عواقب احتمالی در سفر خواهم بود.

نام و نام خانوادگی متقاضی

تاریخ و امضا

الف) مشخصات فردی:	
نام و نام خانوادگی:	۲- کد ملی:
۳- تاریخ تولد:	۴- تلفن همراه:
۵- محل اقامت فعلی:	

ب) شیوه زندگی:	
۱- تغذیه	دفعات مصرف روزانه میوه و سبزی:
	دفعات مصرف تنقلات و فست فودها در هفته:
۲- فعالیت بدنی	در حد انجام کارهای روزمره ☐
	وجود برنامه ورزش در هفته ☐

ج) سابقه مصرف دارو: دارو هایی که بصورت مرتب و دوره ای مصرف می کنید (با ذکر نام دارو)	
۱- گوارشی:	۲- تیروئید:
۳- دیابت:	۴- اعصاب و روان:
۵- سایر:	

ج) سابقه جراحی و یا بستری در بیمارستان:۱- ندارم ☐۲- دارم ☐ نوع جراحی: علت بستری:**د) شرح حال و سوابق بیماری:**

دیابت	ندارم ☐	دارم ☐	نوع بیماری:
بارداری	هستم ☐	نیستم ☐	مدت حاملگی:
بیماری های زنان	ندارم ☐	دارم ☐	نوع بیماری:
پوست و مو	ندارم ☐	دارم ☐	نوع بیماری:
قلب و عروق	ندارم ☐	دارم ☐	نوع بیماری:
آسم و آلرژی	ندارم ☐	دارم ☐	نوع بیماری:
گوش و حلق بینی	ندارم ☐	دارم ☐	نوع بیماری:
مغز و اعصاب	ندارم ☐	دارم ☐	نوع بیماری:
گوارش	ندارم ☐	دارم ☐	نوع بیماری:
غدد و متابولیسم	ندارم ☐	دارم ☐	نوع بیماری:
نقص ایمنی	ندارم ☐	دارم ☐	نوع بیماری:
کلیه و مجاری ادراری	ندارم ☐	دارم ☐	نوع بیماری:
اسکلتی عضلانی	ندارم ☐	دارم ☐	نوع بیماری:
روحي و روانی	ندارم ☐	دارم ☐	نوع بیماری:
وسواس (فکری-عملی)	ندارم ☐	دارم ☐	نوع بیماری:
سرطان	ندارم ☐	دارم ☐	نوع بیماری:

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود**ه) معاینات فیزیکی**

۱- فشار خون:

۲- قلب و ریه:

و) نتیجه معاینات پزشکی

حضور سرکار خانم در سفر زیارتی اربعین بلامانع می باشد.

مهر و امضاء