

فرم خود اظهاری در خصوص سوابق بیماریهای فردی و خانوادگی

<< بیمه شده اصلی- اجباری >>

مشخصات فردی: نام: نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه:

الف_ سوابق فردی:

- | | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|----------|
| ۱- سابقه بستری شدن در بیمارستان: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۲- سابقه عمل جراحی قلب: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۳- سابقه عمل جراحی مغز: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۴- سابقه عمل جراحی ستون فقرات: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۵- سابقه عمل جراحی پیوند کلیه: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۶- سابقه عمل جراحی چشم: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۷- سابقه عمل جراحی گوش: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۸- سابقه عمل جراحی پروستات: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۹- سایر اعمال جراحی: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۱۰- سابقه آنژیوگرافی: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۱۱- سابقه سکته قلبی: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۱۲- سابقه سکته مغزی: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۱۳- سابقه خونریزی معده و دستگاه گوارش: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۱۴- سابقه ورم پاها: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۱۵- سابقه استفاده از سمعک: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۱۶- سابقه اعتیاد به مواد مخدر: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۱۷- سابقه حساسیت دارویی: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۱۸- سابقه مصرف مستمر دارو: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۱۹- سابقه مصرف دخانیات: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۲۰- سابقه آلرژی (حساسیت تنفسی، پوستی و...): | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۲۱- سابقه فشار خون: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| ۲۲- سابقه بیماریهای: | | | |
| - روحی- روانی (افسردگی، پرخاشگری و...): | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| - عفونی (سل، ایدز، هپاتیت، مننژیت و...): | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| - خونی (کم خونی، هموفیلی و...): | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| - اسکلتی - عضلانی: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| - پوست مو و ناخن: | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |
| - ادراری- تناسلی (سنگ کلیه، نارسایی کلیه، بزرگی پروستات و...): | بلی <input type="checkbox"/> | خیر: <input type="checkbox"/> | توضیحات: |

- بیماریهای رو ماتیسمی: بلی خیر: توضیحات:
- آرتروز و سائیدگی مفاصل: بلی خیر: توضیحات:
- قلبی و عروقی(سکته قلبی،بیماری مادرزادی قلبی و...): بلی خیر: توضیحات:
- بیماریهای هورمونی و غدد(کم کاری و پرکاری تیروئیدو...): بلی خیر: توضیحات:
- دیابت(مرض قند): بلی خیر: توضیحات:
- تنگی نفس(آسم): بلی خیر: توضیحات:
- چشم و اختلالات بینائی(کاهش بینایی،شب کوری و...): بلی خیر: توضیحات:
- کاهش شنوایی و کری: بلی خیر: توضیحات:
- تکلم وگفتاری(لکنت زبان و...): بلی خیر: توضیحات:
- صرع و تشنج: بلی خیر: توضیحات:
- سرطان: بلی خیر: توضیحات:

سایر.....

ب- سوابق خانوادگی : (موارد مثبت علامت X زده شود)

بیماری نسبت	ارثی/ مادرزادی	سل	دیابت	قلب و عروقی	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 سازمان تامین اجتماعی خلاف اظهارات اینجانب را مشاهده نماید مجاز می باشد تا هرگونه برخورد
قانونی را با اینجانب بعمل آورد.

امضاء و اثر انگشت:

تاریخ تکمیل: