

شماره سند: FM-LF-08/02

تاریخ: / / ۱۴

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

فرم معاینات پزشکی بیمه شدگان کمتر از سن ۱۴ سال



لطفاً: قد و وزن و معاینه عمومی توسط پزشک متخصص کودکان و نوجوانان با استفاده از چک لیست معاینه پزشکی طبق فرم انجام شود و گواهی سلامت ارائه شود.

نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد: / /	
وزن: Kg	قد: cm	BP= mm/Hg

Past Medical History				Medicine				
Diseases		Surgery	Congenital	Allergy	Drug	Drug	Dose	Rehabilitation
Epilepsy	DM	Orthopedic	Asthma	Food	YES			سمعک
RF	HTN	Abdomen	Heart Dis					عینک
COPD	CHD	Heart	Tumors					اندام مصنوعی
Hepatitis	Asthma	Lumbar	GSD	Drug	NO			عصا
Dialysis	CP	Others	Other					موارد دیگر (معلولیت های دیگر)

Results Lab	موارد زیر با استفاده از مدارک پیشین موجود (نیاز به درخواست جدید نیست) انجام شود، Para Clinic Tests and Clinical Reports (فقط در صورت نیاز و انجام، نتایج ثبت شود)					
RBC=	CHESTX Ray	<input type="checkbox"/> Normal	Surgery report	<input type="checkbox"/> Normal		
WBC=		<input type="checkbox"/> Abnormal		<input type="checkbox"/> Abnormal		
Hgb =	Sonography	<input type="checkbox"/> Normal	Pathology report	<input type="checkbox"/> Normal		
Cr =		<input type="checkbox"/> Abnormal		<input type="checkbox"/> Abnormal		
FBS =	Other Tests (ذکرشود)	<input type="checkbox"/> Normal	Other Reports (ذکرشود)	<input type="checkbox"/> Normal		
TSH=		<input type="checkbox"/> Abnormal		<input type="checkbox"/> Abnormal		

بررسی دستگاه های بدن در حد معاینه عمومی انجام شود. در صورت نرمال بودن گزینه Normal علامت زده شود. در صورت وجود هر اختلال در زیر هر عنوان دستگاه علامت زده و با ذکر نام بیماری مشخص شود.

Cardiovascular Sys		Gastrointestinal Sys		Head and Neck		Respiratory Sys	
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin		Eye		Endocrine		Blood	
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musculoskeletal		Psychiatry		Neurology		Genitourinary	
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

این جانب پزشک متخصص کودکان در تاریخ: / / ۱۴ کودک معاینه نمودم.

ایشان بیماری مادرزادی و ژنتیکی ندارد.

امضاء و مهر نظام پزشکی