



فرم معاینات پزشکی بیمه شدگان بالاتر از سن ۱۴ سال

شماره سند: FM-LF-09/02
تاریخ: / / ۱۴
پیوست:
صفحه: ۱ از ۱

نام و نام خانوادگی:	سن: سال	قد: cm	وزن: Kg
BP(left hand)= / mm/Hg	BP(right hand) / mm/Hg	PR= min	RR= min

این بخش فقط بصورت پرسشگری از فرد انجام شود و در صورت پاسخ مثبت در جدول زیر ثبت شود.

علت:	<input type="checkbox"/> خیر -۱	<input type="checkbox"/> بلی -۲	✓ آیا تا بحال در بیمارستان بستری شده اید؟
جراحی انجام شده:	<input type="checkbox"/> خیر -۱	<input type="checkbox"/> بلی -۲	✓ آیا تا بحال جراحی بستری شده اید؟
نام داروها:	<input type="checkbox"/> خیر -۱	<input type="checkbox"/> بلی -۲	✓ آیا روزانه و بطور مرتب و روزانه دارویی مصرف می کنید؟ بستری شده اید؟
نام بیماری:	<input type="checkbox"/> خیر -۱	<input type="checkbox"/> بلی -۲	✓ در میان اعضای خانواده (پدر ، مادر ، برادران و خواهران) بیماری تحت درمان وجود دارد؟

Past Medical History		Laboratory Results		Medicine History			
Diseases		Hgb =	Ch =	POSITIVE FAMILIAL DISEASES	<input type="checkbox"/> YES		Rehabilitation Tools
<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> DM	Cr =	TG =	<input type="checkbox"/> NO		سمک <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> CRF	<input type="checkbox"/> HTN	FBS =	ALT=	Drug need	<input type="checkbox"/> YES		عینک <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> IHD	HbA _{1c} =	AST=	<input type="checkbox"/> NO			اندام مصنوعی <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Asthma	Uric Acid=	CRP=	SMOKING	<input type="checkbox"/> YES		عصا <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dialysis	<input type="checkbox"/> CVA	TSH=	CEA=	<input type="checkbox"/> NO			موارد دیگر (معلولیت‌های دیگر) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Malignancy	<input type="checkbox"/> CVA	PSA=	CaCA-125=	EKG	<input type="checkbox"/> Normal		
<input type="checkbox"/> Dialysis	<input type="checkbox"/> CVA			<input type="checkbox"/> Abnormal			

بررسی در حد معاینه سرپایی انجام، در صورت نرمال بودن گزینه Normal و در صورت وجود هر اختلال گزینه Abnormal و اختلال مورد نظر علامت زده شود:

Cardiovascular Sys		Gastrointestinal Sys		Endocrine		Blood	
<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
<input type="checkbox"/> IHD	<input type="checkbox"/> Peptic Disease	<input type="checkbox"/> Hypothyroidisms	<input type="checkbox"/> Severe Anemia				
<input type="checkbox"/> MI	<input type="checkbox"/> IBS or IBD	<input type="checkbox"/> Hyperthyroidisms	<input type="checkbox"/> Coagulation Disorders				
<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> Chronic Diarrhea	<input type="checkbox"/> Adrenal Diseases	<input type="checkbox"/> Malignancy				
<input type="checkbox"/> Arrhythmia	<input type="checkbox"/> GI Bleeding	<input type="checkbox"/> DM					
<input type="checkbox"/> Congenital disease	<input type="checkbox"/> HBV or HCV	<input type="checkbox"/> HLP					
<input type="checkbox"/> HTN	<input type="checkbox"/> Cholelithiasis	<input type="checkbox"/> Osteoporosis					
<input type="checkbox"/> Aneurism	<input type="checkbox"/> Anal Disease						
<input type="checkbox"/> CABG	<input type="checkbox"/> GI Malignancy						
Head and Neck		Respiratory Sys		Head and Neck		Respiratory Sys	
<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
<input type="checkbox"/> Chronic Otitis	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Chronic Otitis	<input type="checkbox"/> Asthma				
<input type="checkbox"/> Deafness	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Allergic Rhinitis	<input type="checkbox"/> COPD				
<input type="checkbox"/> Thyroid disease	<input type="checkbox"/> CF	<input type="checkbox"/> Thyroid disease	<input type="checkbox"/> CF				
	<input type="checkbox"/> Pulmonary Emboli	<input type="checkbox"/> Deafness	<input type="checkbox"/> Pulmonary Emboli				
	<input type="checkbox"/> Pulmonary Malignancy		<input type="checkbox"/> Pulmonary Malignancy				
Musculoskeletal		Psychiatry		Neurology		Genitourinary	
<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
<input type="checkbox"/> Lumbar Disk Herniation	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> Bleeding				
<input type="checkbox"/> Osteoarthritis	<input type="checkbox"/> Mania	<input type="checkbox"/> CVA	<input type="checkbox"/> UTI				
<input type="checkbox"/> Trauma History	<input type="checkbox"/> Anxiety	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Urinary lithiasis				
<input type="checkbox"/> SLE	<input type="checkbox"/> OCD	<input type="checkbox"/> Malignancy	<input type="checkbox"/> BPH				
<input type="checkbox"/> Vasculitis	<input type="checkbox"/> Delirium	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis	<input type="checkbox"/> Urinary Incontinence				
<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Schizophrenia	<input type="checkbox"/> Neuropathy	<input type="checkbox"/> Kidney Transplant				
<input type="checkbox"/> Goat	<input type="checkbox"/> Suicide History	<input type="checkbox"/> Myelopathy	<input type="checkbox"/> Malignancy				
	<input type="checkbox"/> PTSD History						

اینجانب دکتر در تاریخ: / / ۱۴ سرکار خانم / جناب آقای را معاینه و ضمن احراز و

امضاء و مهر نظام پزشکی

تأیید هویت ایشان اطلاعات فوق را ثبت نمودم .