

فرم پزشکی

مشخصات فردی :

نام : نام خانوادگی : ش.ش :
کدملی : تاریخ تولد : تحصیلات : رشته تحصیلی :
وضعیت تأهل : گروه خونی :

برگه معاینات پزشکی

تذکر : لازم است تمامی سوالات جواب داده شوند. نقص یا کوتاهی در بیان اطلاعات پزشکی مورد نظر در زمان سوانح ممکن است اقدامات درمان را تحت الشاعع قرار داده و ایجاد خطر نماید .

	فتق (پارگی)	ضریب مغزی یا اسیب واردہ به سر
	بیماری ذهنی یا صعف عصبی	مشکلات چشمی یا گوشی (بیماری یا جراحی)
	اعتیاد به دارو یا الکل	حملات گیج کننده . غش یا تشنج
	جراحی شده یا توصیه به عمل حرایی	آسم یا برونشیت
	مشکلات پوستی یا الرژی	مشکلات قلبی یا تب روماتیسمی
	حساسیت به داروه ها	فشار خون بالا یا پایین
	استفاده از دارو به صورت منظم	اتمی - لوسمی یا اختلالات خونی
	بیماریهای استخوانی یا مفصلی ،شکستگی ،	دیابت . هپاتیت یا زردی
	HIV	در رفتگی، مفاصل مصنوعی، ارتربیت..
	زخم معده و دیگر مشکلات معده	مشکلات کلیه مثانه

آیا در حال درمان هستید؟ آیا داروی خاصی مصرف میکنید؟

بیماریهای دیگر و ضایعاتی که در بالا از آنها نام برده نشده

اینجانب صحت مندرجات فوق را تایید می کنم و مسئولیت ناشی از عدم اطلاع رسانی درست به
عهده اینجانب می باشد .

مهر و امضاء پزشک امضاء و اثر انگشت امضاء مسئول پذیرش

اینجانب مسئول ثبت نام باشگاه فرهنگی کوهنوردی سلام همنورد کلیه ی مدارک فوق را
در تاریخ : اخذ نموده ام .

امضاء مسئول ثبت نام