

الف- سوابق فردی:		
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۱- سابقه بستری شدن در بیمارستان:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۲- سابقه عمل جراحی قلب:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۳- سابقه عمل جراحی مغز:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۴- سابقه عمل جراحی ستون فقرات:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۵- سابقه عمل جراحی پیرنه کلیه:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۶- سابقه عمل جراحی چشم:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۷- سابقه عمل جراحی گوش:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۸- سابقه عمل جراحی پروستات:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۹- سابقه افعال جراحی:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۱۰- سابقه آنژیوپلاستی:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۱۱- سابقه سکته قلبی:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۱۲- سابقه سکته مغزی:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۱۳- سابقه خونریزی معده و دستگاه گوارشی:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۱۴- سابقه درد پانکراس:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۱۵- سابقه اعتقاد توهم:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۱۶- سابقه اعتقاد به نیروی مافوق:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۱۷- سابقه حملات نارسایی:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۱۸- سابقه مصرف سترئوئید:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۱۹- سابقه مصرف مخدرات:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۲۰- سابقه آلرژی (حساسیت شیمیایی، پوستی و ...):
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۲۱- سابقه فشارخون:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	۲۲- سابقه بیماریهای:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	دیابت، سرداشی (التهاب)، پرکاری تیروئید و ...:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	عقربون (سل، ایمن، تب، تب، تب و ...):
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	خونریزی (کم خون، فقر آهن و ...):
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	اسکلتی - مفاصل:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	یوست، موز و ناخن:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	انرژی - شانس است: تب، تب، تب، تب و ...:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	بیماریهای روحانی:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	آرتروز و سایر مفاصل:
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	تب و عفونت (سکته قلبی، بیماری مادرزادی قلبی و ...):
خبر: ☐ توضیحات:	بله ☐	بیماری مزمن و غدد (کم کاری و پرکاری تیروئید و ...):

دیابت (مرش شد)	بله ☐	خیر: ☐ توضیحات:
تنگی نفس (آسم)	نهی ☐	خیر: ☐ توضیحات:
چشم و اختلالات بینایی (کاهش بینایی، شب گمراهی و ...)	بله ☐	خیر: ☐ توضیحات:
کاهش شنوایی و گری:	بله ☐	خیر: ☐ توضیحات:
تکلم و گفتاری (تکنت زبان و ...)	بله ☐	خیر: ☐ توضیحات:
صرع و تشنج:	بله ☐	خیر: ☐ توضیحات:
سرطان:	بله ☐	خیر: ☐ توضیحات:

سایر

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

بیماری	اولی/مادرزادی	سل	دیابت	قلب و تروقی	تکلی	بیماری خونی	روانی	حاست	تکلی	سرطان	مغزیت نخاع-جسمی	صرع	مادرها
نست													
پدر													
مادر													
برادر													
خواهر													
فرزند													

اینجانب نام پدر یا 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: