دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی ودرمانی تبریز

مرکز بهداشت استان

فرم بیماریابی واحدهای تولیدی ،صنعتی،خدماتی

شهرستان : مرکز بهداشت کار☐خانه بهداشت کارگری☐ ایستگاه بهگر ☐ مرکز بهداشتی درمانی☐ خانه بهداشت روستایی☐

نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد : تحصیلات:

جنس : مرد ☐ زن ☐ کد شناسایی : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

آدرس: تلفن: تاریخ تشکیل پرونده:

سن به سال	شغل	بیماریها تاریخ معاینه	هیپرتانسیون	دیابت	ایسکمیک قلبی	هیپرلیپیدمی	آسم	آنمی فقرآهن	صرع	افسردگی	سایکوز	اختلالات اضطرابی			بیماریهای شغلی	امضاءومهرپزشک
		/ /														
		/ /														
		/ /														
		/ /														
		/ /														
		/ /														
		/ /														
		/ /														
		/ /														
		/ /														
		/ /														
		/ /														