

اطلاعات عمومی									
نام کارگاه..... نام کارفرما..... نوع مالکیت: خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> مجوز فعالیت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> صادره از تاریخ راه اندازی / /									
آدرس:..... تلفن نماینده..... نوع کارگاه: [(خانگی <input type="checkbox"/> غیرخانگی <input type="checkbox"/>) دائمی <input type="checkbox"/> فصلی <input type="checkbox"/>]									
نوع فعالیت: (خدمات <input type="checkbox"/> صنعت <input type="checkbox"/> معدن <input type="checkbox"/> کشاورزی <input type="checkbox"/>) نام محصول اصلی: سه نوع از مواد اولیه اصلی: ۱-..... ۲-..... ۳-.....									
تشکیلات بهداشتی موجود: (ایستگاه بهگر <input type="checkbox"/> خانه بهداشت کارگری <input type="checkbox"/> مرکز بهداشت کار <input type="checkbox"/>)									
کمیتة حفاظت فنی و بهداشت کار: شامل میشود: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>)									
۱- توزیع شاغلین تحت پوشش خدمات سلامت کار به تفکیک نوع واحد ارائه دهنده خدمت					۲- تعداد شاغلین به تفکیک جنس و شیفت کار				
نوع واحد		دولتی		خصوصی		سایر		شیفت	
نوع خدمت								روزکار	
بهداشت حرفه ای								نوبت ۱	
طب کار								نوبت ۲	
نام و نوع مجوز:								نوبت ۳	
								جنس	
								زن	
								مرد	
								جمع	
۳- عوامل زیان آور محیط کار (مواد ۸۵ و ۹۱ قانون کار)									
۴- تاسیسات و تسهیلات بهداشتی کارگاه (مواد ۱۵۶ و ۹۱ قانون کار)									
۵- مراقبتهای بهداشتی درمانی انجام یافته و انطباق با ماده ۹۲ و ۹۱ قانون کار									
نوع عامل زیان آور		نوبت ۱		نوبت ۲		نوبت ۳		نوع مراقبتهای شاغلین	
۱ صدا								تعداد شاغلین زن معاینه شده	
۲ ارتعاش								تعداد شاغلین مرد معاینه شده	
۳ روشنایی								تعداد شاغلینی که با مواد غذایی سروکار دارند	
۴ پرتو								تعداد شاغلین دارای کارت بهداشتی	
۵ گرما و رطوبت								تعداد شاغلین نیازمند وسیله حفاظت فردی	
۶ سرما								تعداد شاغلین دارای وسیله حفاظت فردی مناسب	
۷ تماس پوستی با مواد شیمیایی								تعداد شاغلین دارای وسیله حفاظت فردی مناسب	
۸ گرد و غبار								تعداد شاغلین دارای وسیله حفاظت فردی مناسب	
۹ گاز و بخار								تعداد شاغلین دارای وسیله حفاظت فردی مناسب	
۱۰ دود و دمه								تعداد شاغلین دارای وسیله حفاظت فردی مناسب	
۱۱ وضعیت بدن حین کار								تعداد شاغلین دارای وسیله حفاظت فردی مناسب	
۱۲ ابزار کار								تعداد شاغلین دارای وسیله حفاظت فردی مناسب	
۱۳ حمل بار								تعداد شاغلین دارای وسیله حفاظت فردی مناسب	
راهنمای جدول ۳:									
۱- اگر عامل زیان آور وجود دارد و کنترل نشده تعداد شاغلین در معرض ذکر شود									
۲- اگر وجود عامل در فرایند موضوعیت ندارد عدد صفر ثبت شود									
۳- اگر عامل زیان آور وجود دارد و کنترل شده از علامت ✓ استفاده گردد									
راهنمای جدول ۴:									
۱- اگر تاسیسات یا تسهیلات از نظر کمی و کیفی منطبق بر آئین نامه است <input checked="" type="checkbox"/>									
۲- اگر تسهیلات منطبق با آئین نامه نمی باشد تعداد واحدهای نامناسب ذکر شود									
۳- اگر ضرورت تسهیلات خاص منتهی است عدد صفر ثبت شود.									

نظریه بازدید کننده:

نام و نام خانوادگی بازدید کننده: محل خدمت: امضاء:	نام و نام خانوادگی بازدید کننده: محل خدمت: امضاء:	نام و نام خانوادگی بازدید کننده: محل خدمت: امضاء:
نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده تام الاختیار: تاریخ رؤیت: / / ۱۳ امضاء:	نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده تام الاختیار: تاریخ رؤیت: / / ۱۳ امضاء:	نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده تام الاختیار: تاریخ رؤیت: / / ۱۳ امضاء:

ادامه نظریه بازدید کننده:

--	--	--

		نظریه کارشناس بهداشت حرفه ای: