

مرکز/شبکه:.....

نام واحد: .....

معاونت بهداشتی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی

نام فرم : فرم معاینات رانندگان

دوره تکمیل فرم : شش ماهه و یکساله

کارخانه

مرکز بهداشتی و درمانی روستایی

مرکز بهداشتی و درمانی شهری

نوع واحد: ستاد

کد فرم : ۱۱۱-۰۲-۰۳

تاریخ تکمیل : /.../.../...

تعداد کل معاینه شدگان :

تعداد کل تایید صلاحیت شدگان :

تعداد کل رد صلاحیت شدگان :

نام بیماری	کوچکتر از ۴۵ سال	بزرگتر یا مساوی ۴۵ سال	نام بیماری	کوچکتر از ۴۵ سال	بزرگتر یا مساوی ۴۵ سال	نام بیماری	کوچکتر از ۴۵ سال	بزرگتر یا مساوی ۴۵ سال
کور رنگی			دیابت وابسته به انسولین			فلجی ، فقدان یا قطع در اندام فوقانی		
ضعف بینایی			دیابت غیر وابسته به انسولین			فلجی ، فقدان یا قطع در اندام تحتانی		
اختلال میدان دید			هیپرتیروئید یسم			کاهش قدرت عضلانی در اندام فوقانی		
یک چشمی			هیپوتیروئید یسم			کاهش قدرت عضلانی در اندام تحتانی		
ضعف شنوایی			صرع			آرتريت روماتوئید		
بیماریهای دریچه ای قلب			سنکوپ مکرر			دفرمیتی ستون فقرات		
نارسائی احتقانی قلب			مولتیپل اسکروزیس			نارسائی تنفسی		
پرفشاری خون ( ضعیف )			پارکینسون			اختلال خواب		
پرفشاری خون ( متوسط تا شدید )			دیالیز					
انفارکتوس میوکارد اخیر			پیوند کلیه					

تاریخ تکمیل فرم

تاریخ تکمیل فرم

تاریخ تکمیل فرم

امضاء و مهر مسئول فنی طب کار شرکت

امضاء و مهر پزشک کار / کارشناس بهداشت حرفه ای شهرستان

امضاء و مهر پزشک کار / کارشناس مسئول بهداشت حرفه ای شهرستان