

فرم خود اظهاری درخصوص سوابق بیماریهای فردی و خانوادگی
«بیمه شده اصلی - خانوادگی»

مشخصات فردی: نام: نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه:

الف: سوابق فردی:

۱. سابقه بستری شدن در بلي○ خير ○ توضیحات: بیمارستان:
۲. سابقه عمل جراحی قلب: بلي○ خير ○ توضیحات:
۳. سابقه عمل جراحی مغز: بلي○ خير ○ توضیحات:
۴. سابقه عمل جراحی ستون بلي○ خير ○ توضیحات: فقرات:
۵. سابقه عمل جراحی پیوند بلي○ خير ○ توضیحات: کلیه:
۶. سابقه عمل جراحی چشم: بلي○ خير ○ توضیحات:
۷. سابقه عمل جراحی گوش: بلي○ خير ○ توضیحات:
۸. سابقه عمل جراحی پروستات:
۹. سایر اعمال جراحی:
۱۰. سابقه آنژیوگرافی:
۱۱. سابقه سکته قلی:
۱۲. سابقه سکته مغزی:
۱۳. سابقه خونریزی معده و بلي○ خير ○ توضیحات: دستگاه گوارش:
۱۴. سابقه ورم پا:
۱۵. سابقه استفاده از معک:
۱۶. سابقه اعتیاد به مواد مخدر: بلي○ خير ○ توضیحات:
۱۷. سابقه حساسیت دارویی:
۱۸. سابقه مصرف مستمر دارو:
۱۹. سابقه مصرف دخانیات:
۲۰. سابقه آلرژی (حساسیت بلي○ خير ○ توضیحات: تنفسی، پوستی و ...)
۲۱. سابقه فشار خون:
۲۲. سابقه بیماریهای:
۲۳. روحی - روانی (افسردگی، بلي○ خير ○ توضیحات: پرخاشگری و ...)
۲۴. عفونی (سل، ایدز، هپاتیت، بلي○ خير ○ توضیحات:

منزیت، (...)

٢٥. خوني (كم خوني، هوفيلي بلي) خير ○ توضيحات: و

٢٦. اسکلتی - عضلانی: توپیخات: خیر ٠ بله ٠

٢٧. پوست، مو و ناخن: بلى ٠ خر ٠ توضیحات:

۲۸ . توضیحات: خر ۰ بله ۰ ناسالی (سنگ ادراری-

کلیہ، نارسا یی کلیہ، بزرگی پروستات)

٢٩. بیماری روماتیسمی: توضیحات: خیر بله

٣٠. آرتروز و سائیدگی مفاصل: بله○ خیر○ توضیحات:

٣١. قلی و عروقی (سکته قلی، بلى) خر ٠ توضیحات:

(بیماری مادرزادی قلی و ...)

٣٢ . توضیحات: خیر ٠ بله و هورمونی بیماری

غدد کمکاری و پرکاری تیروئید

٣٣. دیابت (مرف قند): توضیحات: خر ۰ بله ۰

٣٤. تنگی نفس (آسم) : بلي ٠ خر ٠ توضیحات:

٣٥. چشم و اختلالات بینایی (کاہش بلي) خير ٠ توضیحات:

بینائی، شب کوری و ...)

٣٦ کاہش شنوایی و کری: توپیخات: خیر ۰ بلى ۰

٣٧. تکلم و گفتاری (لکنت زبان بله) خیر ۰ توپیخات:

(. . . ۹

٣٨. مرجع و تشنج: بلي ٠ خير ٠ توضيحات:

٣٩. سرطان: توضیحات خر ۰ بله ۰

..... سایر:

.....

.....

ب: سوابق خانوادگی: (موارد مثبت علامت × زده شود)

اینجانب نام
پدر با امضاء ذیل این فرم صحت
اظهارات خود را گواهی مینمایم و هرگاه سازمان تأمین اجتماعی
خلاف اظهارات اینجانب را مشاهده نماید جاز میباشد تا هرگونه
برخورد قانونی را با اینجانب به عمل آورد.

تمکیل:

تاریخ
امضاء و اثرانگشت: