

کد مدرک: LIF088

شماره تجدیدنظر 01

شماره صفحه 1 از 2

پزشک محترم:

خواهشمند است این فرم را شخصاً تکمیل نموده و از اعلام نتایج به بیمه شده خودداری فرمائید.

	نام و نام خانوادگی :	تاریخ تولد :
---	----------------------------	--------------------

مشخصات

❖ آیا سابقه اقدام تشخیصی یا درمان طی 5 سال اخیر دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر توضیح

❖ آیا تاکنون سابقه بستری و جراحی دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ سال بستری : مدت بستری : علت بستری :

❖ آیا در حال حاضر داروی خاصی مصرف می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ نوع دارو: مدت مصرف:

❖ آیا سیگار، قلیان، پپ و سایر دخانیات مصرف می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ مقدار و مدت مصرف:

❖ آیا سابقه مصرف مواد مخدر و داروهای محرک و روان گردان و الکل دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ توضیح

در مورد افراد زیر 6 سال: اختلال در طول بارداری ☐ تولد زود تر از موعد ☐ زردی نوزادی ☐ فاویسم ☐ سابقه واکسیناسیون (کامل ☐ نامکمل ☐)

در مورد خانم ها: آیا در حال حاضر باردار می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ اگر پاسخ مثبت است در چه ماهی از بارداری قرار دارد؟

شرایط کلی

نسبت	سن در صورت حیات	بیماری و سن ابتلا به بیماری	سن زمان فوت	علت فوت
پدر				
مادر				
برادر				
خواهر				

سابقه خانوادگی

❖ سابقه بیماری های پوست: لک و پیسی ☐ خارش و پوسته ریزی ☐ سوختگی ☐ بیماری های تاولی ☐

❖ سابقه بیماری های چشم: فقدان بینایی ☐ ضعف بینایی ☐ (کدام چشم: شماره چشم ها:) انحراف چشم ☐

❖ سابقه بیماری های ENT: ضعف و کاهش شنوایی ☐ (کدام گوش:) شکاف کام و لب ☐ شکستگی بینی ☐

❖ سابقه بیماری های متابولیک و غدد: اختلال چربی ☐ اختلال تیروئید (کم کار ☐ پرکار ☐) دیابت ☐ سایر اختلالات متابولیک ☐

❖ سابقه بیماری های ریه و قفسه صدری: سرفه مزمن ☐ تنگی نفس ☐ آسم و آلرژی ☐ بد فرمی قفسه سینه ☐

❖ سابقه بیماری های قلب و عروق: فشار خون بالا ☐ تپش قلب ☐ بیماری های مادرزادی قلبی ☐ مشکلات دریچه ای ☐ واریس عروقی ☐

سکته قلبی ☐ نارسایی قلبی ☐

❖ سابقه بیماری های دستگاه گوارش و کبد: زخم های گوارشی ☐ فتق شکمی ☐ بواسیر ☐ اختلالات کبدی ☐

❖ بیماری های دستگاه ادراری - تناسلی: اختلالات ادراری ☐ سنگ های ادراری ☐ نارسایی کلیه ☐ پیوند کلیه ☐ اختلالات تناسلی ☐ تغییر جنسیت ☐

❖ سابقه بیماری های روماتولوژی و اسکلتی - عضلانی: دررفتگی مفاصل ☐ شکستگی استخوانی ☐ اختلالات ستون فقرات ☐ نقرس ☐

آرتروز ☐ سایر بیماری های روماتیسمی ☐

❖ سابقه بیماری های خونی: کم خونی ☐ هموفیلی ☐ تالاسمی (مینور ☐ ماژور ☐) ITP ☐ سابقه تزریق خون ☐

❖ سابقه بیماری های عفونی: تب مالت ☐ سل ☐ هپاتیت (نوع هپاتیت :) ایدز ☐ سایر بیماری های عفونی ☐

❖ سابقه بیماری های نورولوژی: تشنج و صرع ☐ میگرن ☐ MS ☐ CP ☐ CVA ☐ سایر اختلالات نورولوژیک ☐

❖ سابقه بیماری های اعصاب و روان: اختلالات تکامل رشدی و رفتاری و ... ☐ اختلال تکلم ☐ عقب افتادگی ذهنی ☐

اختلالات اضطراب ☐ سایر بیماری های روانپزشکی ☐

❖ سایر: سابقه سرطان (خوش خیم ☐ بدخیم ☐) سندرم داون ☐

❖ هرگونه بیماری، آسیب و یا از کارافتادگی که در بالا به آن اشاره نشده است :

سابقه بیماری

نام و نام خانوادگی پزشک و مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی و امضای بیمه شده، ولی/قیم قانونی:

کد مدرک: LIF088

شماره تجدیدنظر 01

شماره صفحه 2 از 2



پزشک محترم؛

خواهشمند است این فرم را شخصاً تکمیل نموده و از اعلام نتایج به بیمه شده خودداری فرمائید.

وزن kg قد cm افزایش یا کاهش وزن در سال گذشته (علت.....)

فشارخون : $\frac{SBP}{DBP} = \text{---}$ ضربان قلب beat/min منظم ☐ نامنظم ☐

توضیحات	یافته در معاینه	
		پوست
		چشم
		گوش
		سر و گردن
		غدد
		قفسه سینه
		قلب و عروق
		شکم
		اندام تناسلی
		ستون فقرات و اندامها
		اعصاب و روان

معاینه پزشکی

آیا فرد معاینه شونده معافیت پزشکی خدمت سربازی دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی

در صورت داشتن معافیت پزشکی نظر خود را در مورد ماده/ بخش معافیت ایشان با توجه به شرح حال و معاینه اخذ شده بیان کنید.

براساس معایناتی که انجام داده اید، هر گونه یافته‌ی غیرطبیعی جسمی یا روحی که در قسمت‌های دیگر به آن اشاره نشده است و می‌تواند در ارزیابی دقیقتر ریسک بیماریها و ازکارفتادگی موثر باشد و یا در هر زمینه‌ای که نیاز به بررسی‌های بیشتر می‌باشد، راهنمایی‌های لازم را یادداشت نمائید.

براساس معایناتی که انجام داده اید، سوابق پزشکی و سابقه خانوادگی فرد معاینه شده را در کدامیک از 3 گروه زیر قرار می‌دهید؟

- ☐ گروه اول: براساس شواهد موجود، شرایط غیرطبیعی و ناسازگار وجود ندارد.
- ☐ گروه دوم: دارای شرایط غیرطبیعی می‌باشد که لازم است اضافه نرخ لحاظ شود.
- ☐ گروه سوم: دارای شرایط غیرطبیعی شدید می‌باشد و عدم صدور بیمه نامه توصیه می‌شود.

ارزیابی معاینه پزشکی

اینجانب متعهد می‌گردم که تمام پاسخ‌ها به پزشک محترم معاین را بر اساس حقیقت و صادقانه پاسخ داده‌ام و هیچگونه واقعیتی را در سابقه و یا در حال حاضر در خصوص وضعیت سلامت و عادات مخفی ننموده‌ام. همچنین موافقت می‌نمایم هر پزشکی، پزشک حاضر و معاینه کننده یا پزشکی که در آینده من را مورد معاینه قرار خواهد داد و همچنین شرکت بیمه پوشش دهنده هزینه‌های درمانی برابر این سند از طرف من اجازه دارند هر گونه اطلاعات پزشکی اینجانب را در اختیار شرکت قرار دهند.

تأیید به

تاریخ تکمیل فرم توسط پزشک : / /

نام و نام خانوادگی پزشک و مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی و امضای بیمه شده، ولی/قیم قانونی: