فرم پزشکی

مشخصات فردی

نام :.....نام خانوادگی :.....نام پدر : .....شماره شناسنامه : .....کد ملی : .....تاریخ تولد :.....

تحصیلات :.....رشته تحصیلی : .....وضعیت تاهل : .....گروه خونی : .....

برگه معاینات پزشکی

تمامی سوالات بایستی پاسخ داده شود و کوتاهی در بیان اطلاعات پزشکی در زمان سوانح ممکن است اقدامات درمان را تحت الشعاع قرار دهد و ایجاد خطر نماید.

فتق (پارگی)		ضربه مغزی یا آسیب وارده به سر	
بیماری ذهنی یا ضعف اعصاب		مشکلات چشم و گوش (بیماری یا جراحی)	
اعتیاد به دارو یا الکل		حملات گیج کننده غش یا تشنج	
جراحی شده یا توصیه به جراحی		آسم یا برونشیت	
مشکلات پوستی یا آلرژی		مشکلات قلبی یا تب روماتیسمی	
حساسیت به داروها		فشار خون بالا یا پایین	
استفاده منظم داروها		اتمی- لوسمی یا اختلالات خونی	
بیماریهای استخوانی یا مفصلی و شکستگی		دیابت هپاتیت یا زردی	
HIV		در رفتگی ، مفاصل مصنوعی، ارتریت	
زخم معده و دیگر مشکلات معده		مشکلات کلیه مثانه	

آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟.....آیا در حال درمان هستید؟ .....

بیماریهای دیگر که درجدول بالا ذکر نشده.....

اینجانب .....صحت مطالب فوق را تایید می کنم و مسوولیت ناشی از عدم اطلاع رسانی درست به عهده اینجانب می باشد.

مهر و امضا پزشک امضا و اثر انگشت امضا مسوول پذیرش باشگاه قلاووز

اینجانب..... مسوول ثبت نام باشگاه کوهنوردی دره نوردی و غارنوردی قلاووز مدارک فوق را در تاریخ .....اخذ نموده ام.

امضا مسوول ثبت نام باشگاه قلاووز