

کل شاغلین
شاغلین مرد تحت پوشش معاینات
شاغلین زن تحت پوشش معاینات
موارد ارجاع

بسمه تعالی

فرم گزارش دهی بیماریهای مرتبط با کار مراکز بهداشتی - درمانی

مرکز بهداشتی - درمانی استان
مرکز بهداشتی - درمانی شهرستان
دانشگاه/دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

Disease code	Sex	Age	A1	A2	A3	C1	C2	D1	D2	D3	H	II	I2	I3	I4	I5	I6	I7	L1	L2	M1	M2	M3	R1	R2	R3	R4	R5	Others
			F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
توضیحات																													
Total																													
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: _____ نام و نام خانوادگی و امضای پزشک: _____																													
تاریخ تکمیل فرم: _____																													

- گزارش دهی شامل مواردی است که بر اساس نتیجه ازجایج و مشاوره ها ارتباط با کار تایید شده است.
- مواردی غیر از بیماریهای تعیین شده در هر گروه می باشد، که در قسمت مشخص شده (توضیحات) ذکر شود.