

فرم معاینات اولیه پزشکی

محل الصاق عکس

۳ × ۴

نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

کد ملی:

منطقه راه آهن محل تحصیل: شماره تلفن همراه:

بدین وسیله اعلام می‌دارم اینجانب به هیچ‌گونه بیماری مزمن و مادرزادی مبتلا نبوده و فاقد هرگونه معلولیت و نقص عضو می‌باشم. همچنین تحت درمان با هیچ‌گونه دارویی به صورت دائم نمی‌باشم.

ثبت تاریخ، امضاء و اثر انگشت داوطلب:

شغل انتخابی داوطلب: تاریخ انجام معاینات:

شرایط پذیرش معاینات طبی:

(۱) - بیناییسنجی: دید هر چشم $\frac{10}{10}$ بدون عینک جهت کلیه مشاغل (دید هر چشم جهت شغل متصدی ترافیک و تعمیرکار ارتباط و علائم الکتریکی $\frac{8}{10}$ بدون عینک و با عینک $\frac{10}{10}$)

چشم راست: — چشم چپ: — نتیجه تست: انطباق عدم انطباق

(۲) - شنواییسنجی: در کلیه مشاغل برای همه فرکانس‌ها آستانه شنوایی بیشتر از ۲۵ db نباشد.

گوش راست گوش چپ نتیجه تست: انطباق عدم انطباق

(۳) - ارزیابی دید رنگی با انجام تست ایشی‌هارا (به استثناء شغل مکانیسین واگن): دید رنگی باید کامل باشد.

کامل مختل نتیجه تست: انطباق عدم انطباق

(۴) - تعیین و ارزیابی شاخص توده بدنی (BMI):

شاخص توده بدنی کمتر از ۲۵ انطباق، بالای ۴۰ عدم انطباق و ۳۵ - ۴۰ ظرف ۶ ماه به کمتر از ۲۵ برسد.

مقدار BMI نتیجه تست: انطباق عدم انطباق

اعلام نظر نهایی:

احراز شرایط فوق عدم احراز شرایط فوق مهر و امضای پزشک متخصص طب کار

یادآوری مهم: کلیه اسناد پزشکی (برگه بیناییسنجی، برگه آدیومتری و برگه تست ایشی‌هارا) می‌بایست ممه‌ور به مهر کارشناس مربوطه بوده و ضمیمه این برگه گردد.