

## فرم وضعیت سلامت متقاضی عمره ۹۱-۹۰

تاریخ: ..... نام و نام خانوادگی زائر: ..... نام پدر: ..... تاریخ تولد: .....  
 کد ملی: ..... جنس:  زن  مرد نام دفتر زیارتی: ..... استان: ..... شهرستان: .....

### زائر عزیز؛ پاسخ صحیح شما زمینه ساز سلامتی و آسودگی شماست، مطمئن باشید که منع سفری را بدنبال ندارد.

- ۱- آیا سابقه بستری در بیمارستان دارید؟  خیر  بله: در تاریخ: ..... علت بستری: .....
- ۲- آیا سابقه عمل جراحی دارید؟  خیر  بله: در سال: ..... نوع عمل جراحی: .....
- ۳- آیا مبتلا به بیماری تنفسی هستید؟  خیر  بله: نوع بیماری: ..... بمدت: ..... سال داروهایی که مصرف می‌کنید: .....
- ۴- آیا بیماری افزایش فشار خون دارید؟  خیر  بله: بمدت: ..... سال، داروهایی که مصرف می‌کنید: .....
- ۵- آیا بیماری افزایش قند خون دارید؟  خیر  بله: بمدت: ..... سال، داروهایی که مصرف می‌کنید: .....
- ۶- آیا سابقه بیماری قلبی - عروقی دارید؟  خیر  بله: نوع بیماری: ..... بمدت: ..... سال اقداماتی که انجام داده‌اید و داروهایی که مصرف می‌کنید: .....
- ۷- آیا بیماری کلیوی دارید؟  خیر  بله: نوع بیماری: ..... بمدت: ..... سال، داروهایی که مصرف می‌کنید: .....  
 آیا دیالیز می‌شوید؟  خیر  بله: ..... بار در هفته  
 آیا پیوند کلیه شده‌اید؟  خیر  بله
- ۸- آیا سابقه حساسیت به داروی خاصی دارید؟  خیر  بله: نام دارو(ها): .....
- ۹- آیا سابقه بیماری روحی - روانی دارید؟  خیر  بله: نوع بیماری: ..... بمدت: ..... سال داروهای مورد مصرف: .....
- ۱۰- آیا نوعی از مواد مخدر را مصرف می‌نمایید؟  خیر  بله
- ۱۱- آیا به بیماری خونی مبتلا هستید؟  خیر  بله: نوع بیماری: ..... بمدت: ..... سال، داروهای مورد مصرف: .....
- ۱۲- آیا به گونه‌ای از بیماری‌های بدخیم مبتلا دارید؟  خیر  بله: نوع بیماری: ..... آیا شیمی درمانی می‌شوید؟  خیر  بله
- ۱۳- آیا به بیماری‌های مغز و اعصاب مانند صرع، MS و... مبتلا هستید؟  خیر  بله: نوع بیماری: ..... بمدت: ..... سال، داروهای مورد مصرف: .....
- ۱۴- آیا بدون کمک دیگران قادر به انجام امور شخصی روزانه خود می‌باشید؟  خیر  بله
- ۱۵- چنانچه به بیماری غیر از بیماری‌های فوق مبتلا هستید آن را نام ببرید: .....

اینجانب ..... با تأیید اظهارات فوق، مسئولیت بروز هرگونه مشکل ناشی از ارائه اطلاعات ناصحیح را به عهده می‌گیرم.

امضا یا اثر انگشت متقاضی عمره

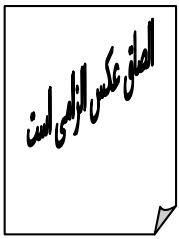
### نظر کارگزار:

اعزام بلامانع است.  
 پس از اخذ تاییدیه پزشک (در پشت صفحه) اعزام گردد.

مهر و امضاء



## هو الشافی



..... فرزند ..... متولد ..... کد ملی .....

..... متقاضی اعزام به عمره توسط دفتر زیارتی ..... از استان ..... شهرستان .....

کد معاینه کننده:

تاریخ:

\*\*\*\*\*

❖ **علائم حیاتی:** وزن: RR: PR: BP:

FBS: CR: HB: HCT:

دیابت  HTN  آسم  آلزایمر  بیماری خونی  IHD  COPD  هیپاتیت  اسکیزوفرنی

CRF  Addiction  Malignancy  Epilepsy  MS  پلژی اندام  Mania  اسکیزوز کبد

بیماری(های) زمینه‌ای یا مزمن دیگر به نام: .....

که در حال حاضر تحت کنترل :  می‌باشد.  نمی‌باشد.

➤ مشاوره‌های تخصصی موردنیاز شامل ..... انجام شد.

➤ اقدامات پاراکلینیک لازم شامل ..... انجام و نتایج آن رویت شد.

➤ داروها/ لوازم توانبخشی که لازم است زائر طی سفر به همراه داشته

باشد: .....

➤ توصیه‌های ضروری در ارتباط با بیماری (رژیم غذایی و ...) در طول سفر: .....

## نظریه نهایی پزشکی

..... بر اساس اظهارات، معاینات کلینیکی و نتیجه آزمایشات

خانم  
آقای

..... دستورالعمل مورد قبول سازمان حج و زیارت:

در حال حاضر سالم می‌باشند.

نیاز به انجام اقدامات درمانی شامل ..... و کنترل بیماری را دارد.

**امضاء و مهر نظام پزشکی**

