

## فرم وضعیت سلامت متقاضی عمره ۹۴-۹۳ پیوست شماره یک



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،  
در تنظیم فرم، نهایت دقت را بفرمایید.

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: .....

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 اعزام گردد.

مهر و امضاء کارگزار