

نوع معاینه: تاریخ: تاریخ مراجعه بعدی: شماره پرستلی:		محرمانه فرم معرفی شاغلین برای معاینات شغلی و نظریه پزشک صنعتی												
نام و نام خانوادگی: _____ جنس: _____ قرارداد: _____ سن: _____ تحصیلات: _____ تاریخ استخدام: _____ شغل قبلی: _____ شغل فعلی: _____ سابقه کار (در شغل فعلی): _____ واحد: _____ شرکت / اداره: _____ سمت سازمانی: _____ امضاء: _____														
نامبرده فوق در معرض عوامل زیان آور قرار دارد:														
عوامل فیزیکی: _____ عوامل شیمیایی: _____ عوامل ارگونومیکی: _____														
عوامل زیان آور	مدت مواجهه	میزان مواجهه	حد مجاز	ارزیابی *	عامل زیان آور	مدت مواجهه	میزان مواجهه	حد مجاز	ارزیابی *	عامل زیان آور	مدت مواجهه	میزان مواجهه	حد مجاز	ارزیابی *
صدا					برداشتن/حمل بار									
ارتعاش					کشیدن و هل دادن									
روشنایی نامناسب					ایستادن/راه رفتن طولانی									
استرس حرارتی					دویدن/لهردن									
رطوبت					بالا رفتن از پلکان و نردبان									
میدان های الکتریکی					خم و راست شدن متوالی									
میدان های مغناطیسی					کار در سطحی بالاتر از شانه									
پرتوهای یونیزه بویژه X					زانو زدن یا چمباتمه									
پرتوهای ماوراء بنفش					نشستن طولانی مدت									
پرتوهای مادون قرمز					کار در محیطی با فشار بالا/پایین									
اشعه گاما					کار با کامپیوتر									
عوامل روانی: _____ عوامل بیولوژیکی: _____ توضیحات: _____														
عامل	توضیح	عامل	نوع	میزان مواجهه	مدت مواجهه									
مسئولیت		ویروس												
کار انفرادی		باکتری												
کار گروهی		قارچ												
کار پر استرس		انگل												
کار با ارباب رجوع		سایر عوامل و یا شرایط ویژه:												
نوبتکاری		دید کامل												
اقماری		راندگی												
شیکاری دائم		کار در ارتفاع												
حجم کار زیاد														
> به دستورالعمل نحوه تکمیل فرم مراجعه شود. (HSE-۶۰۵-۰۱)< مهر و امضاء کارشناس بهداشت حرفه ای: _____														
از نامبرده فوق در تاریخ _____ معاینات بالینی و آزمایشگاهی لازم به عمل آمد که نتیجه آن به شرح زیر است:														
* کار مناسب: در حال حاضر از نظر طبی، کار پیشنهادی/ کنونی برای نامبرده مناسب است.														
کار مشروط: می تواند به طور مشروط به کار فعلی ادامه دهد. ذکر مشروط: _____														
کار نامناسب: در حال حاضر از نظر طبی، به دلیل عارضه/ بیماری کار پیشنهادی/ کنونی برای نامبرده مناسب نیست. لازم است با پیشنهاد شغل جدیدی به طب صنعتی اعزام و معرفی گردد.														
ملاحظات: _____ تاریخ صدور ارزشیابی: _____ مهر و امضاء پزشک صنعتی														
نظریه کارشناس بهداشت حرفه ای / کار / صنعتی (با توجه به نظریه اعلام شده از طرف پزشک صنعتی/ شورای پزشکی): _____														