نام واحد کاری:

*******نکته: راهنمای نحوه تکمیل فرم مانند گذشته که در سامانه تکمیل می گردید**

تاریخ انجام معاینه:

	نوع معاینه شونده	شماره ملی	نام	نام خانوادگی	نام پدر	جنسیت	تاریخ تولد(سال تولد برای استعلام شماره ملی اجباری است)	شغل	محل کار	سابقه کار به سال	دخانیات	سرطان	قد	وزن	فشارخون سیستولیک	فشارخون دیاستولیک
مثال	۱	۸۸۸۸۸۸۸۸۸	سیما	نیکبخت	سعید	۱	۱۳۶۵	پرسکار	سالن پرسکاری	۶	۲	۲	۱۸۰	۱۰۰	۱۵۰	۹۰
مثال	۲	۳۶۳۳۳۳۳۳۳	نیت	کیوان	علی	۲	۱۳۵۰	شست و شوی قطعات	سالن رنگ کاری	۸	۰	۱	۱۵۰	۹۰	۱۵۰	۹۰

ادامه

	فشارخون	قند ناشتای خون	دیابت	TG	Tchol	دیس لیپیدمی	مقدار سرب خون (BLL)	مسمومیت با سرب	افت شنوایی ناشی از صوت	احتمال کمردرد مرتبط با شغل	انسداد راه هوایی	سل	سیلیکوز	آزبستور	درماتیت تماسی	نظریه پرونده
مثال	۱		۱	۲۰۰	۲۵۰۰	۲	۸۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱
مثال	۱		۱	۳۰۰	۲۵۰	۰	۹۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰