

فرم پزشکی

(فرم شماره دو)

نام: نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: ملی:

تاریخ تولد: گروه خونی:

سوابق بیماری:

عنوان	بلی	خیر	عنوان	بلی	خیر	عنوان	بلی	خیر
بیماری‌های قلبی عروقی			حساسیت فصلی			حاملگی		
بیماری‌های ریوی			حساسیت دارویی			مشکلات سینوسی		
مشکلات اعصاب و روان			صرع و تشنج			عمل جراحی		
تعادل و سرگیجه			بیماری‌های قندی و دیابت			مصرف دارویی خاص		
بیماری گوش و حلق و بینی			مصرف دخانیات یا مواد مخدر			مشکلات بینایی		
بیماری‌های عفونی			مصرف الکل			مشکلات عضلانی یا استخوانی		

*در صورت داشتن هرگونه موارد پزشکی و یا مواردی که در سلامت جسمانی شما موثر است لطفاً به طور جامع شرح

دهید:

.....

.....

.....

.....

اینجانب صحت مطالب فوق را تایید نموده و در صورت بروز هر گونه مشکلی و عدم اطلاع رسانی پیش‌تر آن، به مربی مربوطه، مسئولیت آن را به طور کامل می‌پذیرم./

امضا و اثر انگشت

(پزشک گرامی در صورت صلاحدید شخصی هر گونه معاینه دیگری را برای تایید مندرجات فوق مبذول فرموده و نظر خویش را مندرج نماید.)

نظریه پزشک: غواصی برای نامبرده بلامانع است./

مهر و امضا پزشک