



فرم ارجاع به متخصص طب کار

تاریخ: شماره ارجاع:
 پیوست: تصویر پرونده پزشکی جواب آزمایشگاه ادیوگرام
 اسپیروگرام CT SCAN CXR سایر.....

نام و نام خانوادگی شاغل : سن: جنسیت: کد ملی:
 نام کارگاه (محل کار): محصول اصلی کارگاه: عنوان شغل / سمت:

مواجهات شغلی: فیزیکی: شیمیایی:
 ارگونومیک: بیولوژیکی:
 روحی - روانی: سابقه کار در این شغل (سال): ساعات کار در هفته (ساعت):

نام و امضاء کارشناس بهداشت حرفه ای (سلامت شغلی):

علت ارجاع (سیستم تنفسی، اسکلتی عضلانی، کاهش شنوایی و ...):
 خلاصه یافته ها (شرح حال، معاینه بالینی و ...):

مهر و امضاء پزشک سلامت شغلی ارجاع دهنده:

تشخیص نهایی بیماری:

علت بیماری: شغلی (ایجاد کننده / مرتبط / تشدید کننده) غیر شغلی

شرایط ادامه به شغل بیمار:

بدون محدودیت تغییر شغل با اعمال شرایط یا محدودیت

مهر و امضاء متخصص طب کار: