



تاریخ: نام و نام خانوادگی زائر: نام پدر: سال تولد: کد ملی:

جنس: ☐ زن ☐ مرد نام شرکت زیارتی: استان: شهرستان:

زائر عزیز؛ لطفاً به سؤالات زیر بطور دقیق پاسخ فرمایید زیرا صحت پاسخها و ارائه اطلاعات دقیق، زمینه ساز سلامتی و آسودگی بیشتر شما در طول سفر خواهد بود و نیز لازم است در صورت ابتلا به هر بیماری بویژه موارد زیر، حتماً قبل از سفر به پزشک مراجعه و توصیه ها و داروهای مورد نیاز خود را دریافت فرمایید.

- 1- آیا سابقه بستری در بیمارستان دارید؟ ☐ خیر ☐ بله : در تاریخ: علت بستری:
- 2- آیا سابقه عمل جراحی دارید؟ ☐ خیر ☐ بله : در سال: نوع عمل جراحی:
- 3- آیا مبتلا به بیماری تنفسی هستید؟ ☐ خیر ☐ بله : نوع بیماری: بمدت: سال
داروهایی که مصرف می کنید:
- 4- آیا بیماری افزایش فشارخون دارید؟ ☐ خیر ☐ بله : بمدت: سال، داروهایی که مصرف می کنید:
- 5- آیا بیماری افزایش قند خون دارید؟ ☐ خیر ☐ بله : بمدت: سال، داروهایی که مصرف می کنید:
- 6- آیا سابقه بیماری قلبی - عروقی دارید؟ ☐ خیر ☐ بله : نوع بیماری: بمدت: سال، اقداماتی که انجام داده اید و داروهایی که مصرف می کنید:
- 7- آیا بیماری کلیوی دارید؟ ☐ خیر ☐ بله : نوع بیماری: بمدت: سال، داروهایی که مصرف می کنید:
آیا دیالیز می شوید؟ ☐ خیر ☐ بله : بار در هفته
آیا پیوند کلیه شده اید؟ ☐ خیر ☐ بله
- 8- آیا سابقه حساسیت به داروی خاصی دارید؟ ☐ خیر ☐ بله : نام دارو(ها) :
- 9- آیا سابقه بیماری روحی - روانی دارید؟ ☐ خیر ☐ بله : نوع بیماری: بمدت: سال، داروهای مورد مصرف:
- 10- آیا نوعی از مواد مخدر را مصرف مینمایید؟ ☐ خیر ☐ بله
- 11- آیا به بیماری خونی مبتلا هستید؟ ☐ خیر ☐ بله : نوع بیماری: بمدت: سال، داروهای مورد مصرف:
- 12- آیا به گونه ای از بیماریهای بدخیم مبتلا دارید؟ ☐ خیر ☐ بله : نوع بیماری: آیا شیمی درمانی می شوید؟ ☐ خیر ☐ بله
- 13- آیا به بیماری های مغز و اعصاب مانند صرع ، MS و ... مبتلا هستید؟ ☐ خیر ☐ بله : نوع بیماری: بمدت: سال، داروهای مورد مصرف:
- 14- آیا بدون کمک دیگران قادر به انجام امور شخصی روزانه خود میباشید؟ ☐ خیر ☐ بله
- 15- چنانچه به بیماری غیر از بیماریهای فوق مبتلا هستید آنرا نام ببرید.

اینجانب با تأیید اظهارات فوق ، مسئولیت بروز هر گونه مشکل ناشی از ارائه اطلاعات ناصحیح را بعهده میگیرم.

امضاء یا اثر انگشت متقاضی عمره

نماینده کارگزاری:

☐ اعزام بلامانع است.

مهر و امضاء کارگزار

☐ پس از اخذ تأییدیه پزشک (در پشت صفحه) اعزام گردد.

صفحه دوم



تاریخ:

پزشک محترم لطفاً خانم فرزند متولد: متقاضی اعزام به عمره
توسط شرکت زیارتی از استان: شهرستان: را معاینه فرمایید.

مهر و امضاء کارگزار

نتیجه معاینه پزشکی

تاریخ: * علائم حیاتی: RR: PR: BP:

* این متقاضی عمره مبتلا به بیماری:

r دیابت HTN r آسم r آلزایمر r بیماری خونی r IHD r COPD r هیپاتیت r اسکیزوفرنی
r CRF r Addiction r Malignancy r Epilepsy r MS r پلژی اندام r Mania r سیروز کبد
r بیماری(های) زمینه ای یا مزمن دیگر بنام: است
که در حال حاضر تحت کنترل: r میباشد. r نمیباشد.

* مشاوره های تخصصی مورد نیاز شامل: انجام شد

* اقدامات پاراکلینیک لازم شامل: انجام و نتایج آن رؤیت شد.

* داروها و/یا لوازم توانبخشی که لازمست زائر طی سفر به همراه داشته باشد:

* توصیه های ضروری در ارتباط با بیماری(رژیم غذایی و ...) در طول سفر:

نظریه نهایی پزشکی

متقاضی فوق خانم براساس معاینات، نتیجه آزمایشات درخواستی و مشاوره های تخصصی:

r قادر به تشریف به عمره می باشد.

r مشروط به انجام اقدامات درمانی شامل: و کنترل بیماری قادر به تشریف به عمره می باشد.

امضاء و مهر نظام پزشکی