

از: مرکز بهداشتی/شرکت.....

به: واحد طب کار شبکه بهداشت شهرستان قرچک

با سلام، احتراماً بدینوسیله خانم/آقای.....

شاغل در کارگاه..... به آدرس.....

با کد ملی..... جهت انجام معاینات دوره ای بدواستخدام

موردی جهت شغل..... حضورتان معرفی می گردد.

مدت مواجهه در روز (ساعت)	نوع عامل زیان آور	ردیف	مدت مواجهه در روز (ساعت)	نوع عامل زیان آور	ردیف
	گاز و بخارات (نام.....)	11		صدا (میزان.....)	1
	عوامل بیولوژیک (نام.....)	12		ارتعاش (میزان.....)	2
	ایستادن یا نشستن طولانی مدت	13		اشعه غیر یونیزان (نام.....)	3
	کار تکراری (میزان.....)	14		اشعه یونیزان (نام.....)	4
	حمل و نقل بار سنگین (میزان.....)	15		استرس حرارتی (نام.....)	5
	وضعیت نامناسب بدن	16		گردوغبار (نام.....)	6
	نوبت کاری	17		دمه فلزات (نام.....)	7
	استرسورهای شغلی (نام.....)	18		حلال (نام.....)	8
	سایر عوامل زیان آور (نام.....)	19		آفت کشها (نام.....)	9
	سایر عوامل زیان آور	20		اسید و بازها (نام.....)	10

* همراه داشتن این برگه در کلیه مراحل انجام معاینات الزامی می باشد

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم