**بسمه تعالی**

فرم خوداظهاری در خصوص سوابق بیماریهای فردی

**اینجانب** ........................................................ **با کد ملی** ............................................... **فرزند** .................................... **موارد زیر را در کمال صداقت اعلام می نمایم. در غیر اینصورت مسئولیت کتمان حقیقت به عهده اینجانب می باشد.**

* **ابتلا به بیماریهای صعب العلاج :**
* **سابقه دیابت: بلی □ خیر □ توضیحات:**
* **سابقه فشار خون: بلی □ خیر □ توضیحات:**
* **سابقه آسم: بلی □ خیر □ توضیحات:**
* **سابقه نارسایی کلیه: بلی □ خیر □ توضیحات:**
* **سابقه بیماریهای قلبی بلی □ خیر □ توضیحات:**
* **سابقه صرع: بلی □ خیر □ توضیحات:**
* **سابقه عوارض روانی: بلی □ خیر □ توضیحات:**
* **سابقه اعتیاد به مواد مخدر بلی □ خیر □ توضیحات:**
* **چه داروهایی مصرف می کنید:**

**اثر انگشت: امضاء داوطلب**