

## فرم اخذ توضیح از اولیاء و بستگان درجه اول متوفی

تاریخ :

شماره :

<b>مشخصات متوفی :</b>				
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	محل تولد:
سن:	شماره شنا سنانه:	کد ملی:	کد پستی:	شغل:
تابعیت:	شماره پاسپورت:	شماره کارت اقامت:	متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	تعداد فرزندان:
آدرس محل سکونت:				
<b>سوابق پزشکی متوفی:</b>				
آیا سابقه جانبازی داشت:		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		نوع جانبازی:
				کارت جانبازی دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
مدت زمان:				
آیا بیماری جسمی و یا روحی داشت؟		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		نام بیماری:
				مدت زمان ابتلا:
درمان های انجام شده:				
سابقه بستری در بیمارستان:		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		نام بیمارستان:
				مدت زمان بستری:
سابقه تصادف یا حادثه حین کار:		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		زمان وقوع حادثه:
				سابقه مراجعه به پزشک قانونی؟
				بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
<b>۲ سابقه مصرف سیگار:</b>				
سابقه مصرف سیگار:		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		مدت زمان مصرف؟
				تعداد سیگار مصرفی در روز؟
مصرف مواد مخدر یا روان گردان:		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		نوع ماده مصرفی:
				نحوه مصرف؟
مدت زمان اعتیاد؟				
سابقه مصرف دارو:		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		نام دارو:
متوفی قبل از فوت کدام یک از علائم زیر را داشته است: تنگی نفس <input type="checkbox"/> درد سینه <input type="checkbox"/> سردرد و سرگیجه <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/>				
<b>۳ محل فوت:</b>				
محل فوت:		بیمارستان <input type="checkbox"/> سایر اماکن <input type="checkbox"/>		تاریخ فوت: / /
				ساعت فوت:
<b>۴ آخرین باری که زنده رویت شد چه تاریخ و ساعتی بوده است؟</b>				
<b>۵ آیا در خصوص فوت ایشان از کسی شکایت دارید؟</b>				
<b>۶ خلاصه ماوقع و علائم متوفی حین مرگ را توضیح دهید:</b>				
<b>۷ به نظر شما علت فوت ایشان ناشی از چه بوده است؟</b>				
<b>مشخصات توضیح دهنده:</b>				
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	کد ملی:	نسبت با متوفی:
تلفن ثابت:		تلفن همراه:		
آدرس محل سکونت:				
امضا و اثر انگشت توضیح دهنده:		اصل جواز دفن در دوبرگ تحویل آقای..... فرزند..... گردید.		
امضا و اثر انگشت		امضا و اثر انگشت		