

بسمه تعالی

تعهدنامه پزشکی اربعین ۱۴۰۴ دانشگاه کاشان

دانشجوی گرامی؛

اطلاعات ذیل محرمانه بوده و به منظور ارزیابی شما جهت پیش بینی های موثر به منظور تمهیدات مقدماتی شرکت در سفر پیاده روی اربعین دانشجویی است. اینجانب فرزند به شماره ملی و به شماره دانشجویی اظهار می نمایم:

الف) یکی از بیماری های زمینه ای ذیل را دارم:

دیابت	بیماری مزمن کلیوی	
بیماری های قلبی	بیماری های روماتیسمی	
بیماری مزمن ریوی	سرطان	
بیماری نقص ایمنی	بیماری های گروه اعصاب و روان	
بیماری مزمن کبدی	نقص عضو	
بیماری مزمن خونی	هیچکدام	

ب) در صورت ابتلا به سایر بیماری های مزمن یا بیماری های خاص نام بیماری را ذکر نمایید:

ج) مصرف طولانی مدت دارو دارم:

نام دارو:

د) سابقه جراحی های کلینیکی یا پاراکلینیکی و همچنین بستری با هر عنوان پزشکی را بیان نمایید:

با ارائه پاسخ های دقیق به این پرسش ها، کادر درمان کاروان می تواند داروهای ضروری را همراه داشته باشد و در صورت نیاز، اقدامات درمانی لازم را انجام دهد.

اینجانب با توجه به اینکه از موضوع این فرم به طور کامل اطلاع و آگاهی دارم در کمال صحت عقل و اراده تعهد می نمایم پاسخ کلیه پرسش ها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت نموده ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خالف واقع، به عهده اینجانب می باشد.

نام و نام خانوادگی ولی/همسر / تاریخ / امضاء

نام و نام خانوادگی دانشجو / تاریخ / امضاء

در صورت داشتن بیماری:

تاییدیه و نظر پزشک مورد وثوق دانشگاه مبنی بر عدم ممانعت از شرکت در پیاده روی