

## فرم ثبت اطلاعات آزمایش سرب در بزرگسالان

نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	جنسیت:	مذکر <input type="radio"/> مونث <input type="radio"/>
کد ملی:	تاریخ مراجعه:	تلفن تماس: (ثابت/همراه)	
پزشک معالج:	<input type="radio"/> بستری (در	<input type="radio"/> سرپایی (	
شغل:			
<input type="radio"/> جوشکار	<input type="radio"/> سرب کار	<input type="radio"/> فلزکار	<input type="radio"/> ریخته گر
<input type="radio"/> صافکار	<input type="radio"/> برق کار	غیره.....	<input type="radio"/> باطری ساز
رنگ دیواره خانه:	<input type="radio"/> نو	<input type="radio"/> کهنه	<input type="radio"/> رنگ نشده
زمان شروع بیماری:			
علائم بیماری:			
<input type="radio"/> کم خونی	<input type="radio"/> تحریک پذیری	<input type="radio"/> اسهال	<input type="radio"/> دردهای عضلانی و مفاصل
<input type="radio"/> سردرد و اضطراب	<input type="radio"/> ضعف و خستگی	<input type="radio"/> قولنج و درد شکم	<input type="radio"/> بدخوابی

