

فرم ثبت اطلاعات آزمایش سرب در کودکان

نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	جنسیت:	<input type="radio"/> مذکر <input type="radio"/> مونث
کد ملی:	تاریخ مراجعه:	تلفن تماس: (ثابت/همراه)	
پزشک معالج:	<input type="radio"/> بستری (در)	<input type="radio"/> سرپایی (
شغل مادر:	شغل پدر:		
مشخصات محل سکونت:			
فاصله با خیابان پرتراфик و بزرگراه:	<input type="radio"/> نزدیک <input type="radio"/> دور		
فاصله با کوره پز خانه:	<input type="radio"/> نزدیک <input type="radio"/> دور		
فاصله با تعمیرگاه:	<input type="radio"/> نزدیک <input type="radio"/> دور		
آلودگی با گرد و غبار و دود:	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		
فاصله با کارگاه نقاشی، اتومبیل یا ساختمان در حال رنگ کاری:	<input type="radio"/> نزدیک <input type="radio"/> دور		
در پختن غذا استفاده از شیر آب گرم	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		
وضعیت کودک			
خاک خوری، دیوار لیبسی:	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		
هشیاری کودک (ضریب هوشی):	<input type="radio"/> عالی <input type="radio"/> متوسط <input type="radio"/> ضعیف		
رفتار کودک:	<input type="radio"/> آرام <input type="radio"/> بی قرار		

