**پیوست 4: فرم هایی که در پوشه الکترونیک هر داوطلب سلامت باید موجود باشد./ 4- فرم ثبت مشخصات داوطلب سلامت محله**

**پایگاه/ خانه بهداشت ................. نام و نام خانوادگی مراقب سلامت/بهورز مسئول داوطلبان سلامت محله ...........................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | کد ملی |

|  |
| --- |
| نام |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| غیرایرانی | ایرانی | ملیت |
|  |  |

|  |
| --- |
| نام خانوادگی |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | کد ساختمان |  | کد بلوک |  | زن |  | مرد | جنسیت | 13 |  |  | تاریخ تولد |  | تعداد خانوار تحت پوشش |
|  | آدرس دقيق پستي |
|  | ایمیل |  | تلفن همراه |  | تلفن ثابت |
|  | علت قطع همکاری |  | تاریخ قطع همکاری |  | تاریخ شروع همکاری |
|  |  | ندارم |  | کم |  | زیاد |  | خیلی زیاد | میزان آشنایی با کامپوتر |
|  | ندارم |  | دارم | امکان استفاده از اینترنت |  | ندارم |  | دارم | امکان استفاده از کامپوتر در منزل |
|  |  | بالاتر از دیپلم |  | دیپلم |  | راهنمایی |  | خواندن و نوشتن | وضعیت تحصیلی |
|  | مورد ندارد( زیر10 سال) |  | هرگز ازدواج نکرده |  | بی همسر بعلت طلاق |  | بی همسر بعلت فوت |  | دارای همسر | وضعیت تاهل |
| دفترچه بیمه ندارد | نام بیمه تکمیلی: | نام بیمه اصلی: |
|  | *بيكار* |  | محصل یا دانشجو |  | شاغل (کارمند، کارگر، آزاد) |  | خانه دار | وضعیت اشتغال |
|  |  | سایر خویشاوندان |  | فرزند |  | همسر |  | خود سرپرست | ارتباط با سرپرست خانوار |
| فرهنگی (قید شود) | اجتماعی (قید شود) | آموزشی (قید شود) | هنری ( قید شود) | توانمندی ها و تمایل داوطلب سلامت به فعالیت های: |
|  | تاريخ و نمره |  | تاریخ و نمره |  | تاريخ و نمره |  | تاریخ و نمره | نمره ارزشیابی داوطلب سلامت محله ( هر 6 ماه یکبار) |

 |