فرم شناسایی جمعیتی

وزارت بهداشت ،درمان و آموزش پزشکی-معاونت بهداشتی و خدمات بهداشتی درمانی.....

مرکز بهداشت شهرستان.....مشخصات خانوارهای ساکن در منطقه.....

وضعیت مالکیت (ملکی /استیجاری/سازمانی/غیره)	طبقه	آدرس(شهرستان-بخش- روستا-قمر)	تلفن ثابت	شماره تلفن همراه سرپرست خانوار

کد پستی محل سکونت										

ردیف	نام و نام خانوادگی افراد	نسبت با سرپرست خانوار	نوع بیماری غیر واگیر(دیابت،فشارخون، سرطان)	کد ملی	تاریخ ازدواج	وضعیت بارداری	وجود ضایعه پوستی(سالک)	شهرستان محل تولد	تاریخ تولد(روز /ماه/ سال)	تلفن همراه	نام پدر	وضعیت تاهل	میزان سواد	نوع بیمه	شغل

تکیل کننده:..... تاریخ تکمیل:..... مراقب سلامت مسئول بلوک:.....