



								کد سرپرست خانوار							کد خانوار
--	--	--	--	--	--	--	--	------------------	--	--	--	--	--	--	-----------

۱- لطفا مشخصات اعضای خانواده را در جدول زیر وارد نمایید.

ردیف	نام کوچک	سن به سال	نسبت با پدر خانواده	جنس
مثال ۱	حسن	سال <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	خود پدر	مرد <input checked="" type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
مثال ۲	زهرا	سال <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	مادر زن	مرد <input type="checkbox"/> زن <input checked="" type="checkbox"/>
۱		سال <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
۲		سال <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
۳		سال <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
۴		سال <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
۵		سال <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
۶		سال <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
۷		سال <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
۸		سال <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>

۲- در جدول زیر مشخص کنید که کدامیک از افراد این خانواده در یک سال گذشته مصدوم شده اند. هر جراحتهی اعم از جزئی و یا شدید درج شود.

مثال	نوع و محل جراحت ها:	۱	۲	۳	۴
	نوع و محل جراحت ها:	بریدگی انگشت	خراشیدگی صورت	--	--
	علت جراحات:	تعمیر دوچرخه	سقوط هنگام بازی	--	--
۱- شماره ردیف: <input type="checkbox"/>	نوع و محل جراحت ها:				
	علت جراحات:				
۲- شماره ردیف: <input type="checkbox"/>	نوع و محل جراحت ها:				
	علت جراحات:				
۳- شماره ردیف: <input type="checkbox"/>	نوع و محل جراحت ها:				
	علت جراحات:				
۴- شماره ردیف: <input type="checkbox"/>	نوع و محل جراحت ها:				
	علت جراحات:				
۵- شماره ردیف: <input type="checkbox"/>	نوع و محل جراحت ها:				
	علت جراحات:				
۶- شماره ردیف: <input type="checkbox"/>	نوع و محل جراحت ها:				
	علت جراحات:				

۴- به کدامیک از افراد فوق تاکنون موتورسیکلت زده است؟

- الف- شماره ردیف:  چند بار؟  چه سالهایی؟ ...  
 ب- شماره ردیف:  چند بار؟  چه سالهایی؟ ...  
 ج- شماره ردیف:  چند بار؟  چه سالهایی؟ ...  
 د- شماره ردیف:  چند بار؟  چه سالهایی؟ ...

۳- به کدامیک از افراد فوق تاکنون ماشین (اتومبیل) زده است؟

- الف- شماره ردیف:  چند بار؟  چه سالهایی؟ ...  
 ب- شماره ردیف:  چند بار؟  چه سالهایی؟ ...  
 ج- شماره ردیف:  چند بار؟  چه سالهایی؟ ...  
 د- شماره ردیف:  چند بار؟  چه سالهایی؟ ...

۶- به کدامیک از افراد فوق در سال گذشته موتورسیکلت زده است؟

- الف- شماره ردیف:  چند بار؟  چه آسیبی دید؟ ...  
 ب- شماره ردیف:  چند بار؟  چه آسیبی دید؟ ...

۵- به کدامیک از افراد فوق در سال گذشته ماشین (اتومبیل) زده است؟

- الف- شماره ردیف:  چند بار؟  چه آسیبی دید؟ ...  
 ب- شماره ردیف:  چند بار؟  چه آسیبی دید؟ ...

۸- کدامیک از افراد فوق در سال گذشته در نزاع مجروح شده است؟

- الف- شماره ردیف:  چند بار؟  چه آسیبی دید؟ ...  
 ب- شماره ردیف:  چند بار؟  چه آسیبی دید؟ ...

۷- کدامیک از افراد فوق در سال گذشته از جایی افتاده (سقوط کرده) و مجروح شده اند؟

- الف- شماره ردیف:  چند بار؟  چه آسیبی دید؟ ...  
 ب- شماره ردیف:  چند بار؟  چه آسیبی دید؟ ...

۱۰- کدامیک از افراد فوق در سال گذشته موتور سیکلت سوار می شدند؟

- الف- شماره ردیف:  چند بار زمین خورده مجروح شد؟  راننده  ترک نشین
- 
- ب- شماره ردیف:  چند بار زمین خورده مجروح شد؟  راننده  ترک نشین
- 
- ج- شماره ردیف:  چند بار زمین خورده مجروح شد؟  راننده  ترک نشین

۹- کدامیک از افراد فوق در سال گذشته مسموم شده است؟

- الف- شماره ردیف:  چند بار؟  با چه چیزی؟ ...  
 ب- شماره ردیف:  چند بار؟  با چه چیزی؟ ...  
 ج- شماره ردیف:  چند بار؟  با چه چیزی؟ ...

<p>۱۲- جراحات ناشی از تصادف را توضیح دهید (هم به خود هم به طرف مقابل):</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>۱۱- در این خانواده چه کسانی موتور سیکلت دارند؟</p> <p>در سال گذشته چند</p> <p>الف- شماره ردیف:     چند عدد؟     بار با موتور خود تصادف کرده؟    </p> <p>در سال گذشته چند</p> <p>ب- شماره ردیف:     چند عدد؟     بار با موتور خود تصادف کرده؟    </p>																
<p>۱۴- آسیبهای ناشی از تصادف را توضیح دهید (هم به خود هم به طرف مقابل):</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>۱۳- در این خانواده چه کسانی اتومبیل دارند؟</p> <p>در سال گذشته چند</p> <p>الف- شماره ردیف:     چند عدد؟     بار با ماشین خود تصادف کرده؟    </p> <p>در سال گذشته چند</p> <p>ب- شماره ردیف:     چند عدد؟     بار با ماشین خود تصادف کرده؟    </p>																
<p>۱۶- آیا در اثر جشن های پایان سال خسارتی به اموال خانواده وارد شد؟ لطفا در صورت پاسخ مثبت مقدار آن را مشخص نمایید.</p> <p><input type="checkbox"/> خیر خسارتی وارد نشد <input type="checkbox"/> بلی، مقدار خسارت: تقریباً ___ تومان</p>	<p>۱۵- آیا در طی جشن های پایان سال، آسیب یا جراحی به اعضای خانواده (اعم از سطحی یا عمیق) وارد شد؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>																
<p>۱۸- آیا در منزل کپسول آتش نشانی وجود دارد؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>	<p>۱۷- آیا در منزل وسایل کمک های اولیه وجود دارد؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>																
<p>۱۹- آیا کپسول آتش نشانی در محلی مستقر است که در صورت آتش سوزی قابل استفاده باشد؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص</p>																	
<p>۲۰- لطفا مشخص کنید کدامیک از افراد فوق از ترقه و یا فشش (حتی یکبار) استفاده نموده است. همچنین مشخص نمایید کدامیک در طول چهارشنبه سوری مجروح شده است. لطفا حتی زخم و یا سوختگی سطحی را منظور نمایید.</p> <p>آیا حداقل یکبار از وسایل آتشبازی استفاده نموده اند؟      آیا در چهارشنبه سوری مجروح شده است؟</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">۱- شماره ردیف:    </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">۲- شماره ردیف:    </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">۳- شماره ردیف:    </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">۴- شماره ردیف:    </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">۵- شماره ردیف:    </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">۶- شماره ردیف:    </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">۷- شماره ردیف:    </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">۸- شماره ردیف:    </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</td> </tr> </tbody> </table>		۱- شماره ردیف:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۲- شماره ردیف:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۳- شماره ردیف:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۴- شماره ردیف:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۵- شماره ردیف:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۶- شماره ردیف:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۷- شماره ردیف:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۸- شماره ردیف:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۱- شماره ردیف:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر																
۲- شماره ردیف:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر																
۳- شماره ردیف:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر																
۴- شماره ردیف:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر																
۵- شماره ردیف:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر																
۶- شماره ردیف:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر																
۷- شماره ردیف:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر																
۸- شماره ردیف:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر																
<p>۲۱- آیا در طی خانه تکانی پایان سال آسیبی به اعضای خانواده (اعم از سطحی یا عمیق) وارد شد؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی، نوع مصدومیت درج شود:..... <input type="checkbox"/> خیر</p>																	