

جمهوری اسلامی ایران
 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....
 شبکه بهداشت و درمان شهرستان.....

مشخصات پایه پرونده الکترونیک خانوار (فاز اول = سرشماری)

نام مرکز بهداشتی درمانی	نام پایگاه بهداشتی ضمیمه یا غیر ضمیمه و یا مجازی	شهری <input type="radio"/>	۱- مشخصات واحد ارائه خدمت (پایگاه یا خانه بهداشت) که ساختمان محل سکونت خانوار در محدوده پوششی آن قرار دارد
نام مرکز بهداشتی درمانی	نام خانه بهداشت..... یا نام پایگاه بهداشت روستایی	روستایی <input type="radio"/>	

نام بخش.....	نام شهر.....	نام منطقه سلامت	شهری <input type="radio"/>	۲- مشخصات منطقه ای که ساختمان محل سکونت خانوار در محدوده پوششی آن قرار دارد
نام بخش	نام دهستان	نام روستا.....	روستایی <input type="radio"/>	

۳- شماره ساختمان

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

۴- آدرس ساختمان: (لطفاً آدرس پستی را بصورت دقیق وارد کنید)

وضعیت مالکیت واحد مسکونی خانوار ملکی/شخصی استیجاری سازمانی س

شماره طبقه یا واحد	تلفن واحد مسکونی همراه با پیش شماره (کد)	شماره تلفن همراه سرپرست خانوار
--------------------	--	--------------------------------

کد ملی سرپرست خانوار	نام	نام خانوادگی	ملیت	ایرانی	غیر ایرانی	تاریخ تولد
----------------------	-----	--------------	------	--------	------------	------------

جنسیت	مرد	زن	نام پدر	شماره شناسنامه	شهرستان محل تولد	وضعیت تاهل
-------	-----	----	---------	----------------	------------------	------------

مدرک تحصیلی	وضعیت اشتغال	موقعیت	اصلی	غیر اصلی	در صورتیکه فرد دارای ایمیج می باشد در کادر زیر وارد کنید
-------------	--------------	--------	------	----------	--

بیمه ۱	شماره بیمه ۱	تاریخ اعتبار
بیمه ۱	شماره بیمه ۱	تاریخ اعتبار
بیمه ۱	شماره بیمه ۱	تاریخ اعتبار

کد ملی سرپرست این خانوار

شماره صفحه:.....

مشخصات سایر اعضای خانوار (غیر سرپرست)

کد ملی	<input type="text"/>	نام	<input type="text"/>	نام خانوادگی	<input type="text"/>	ملیت	ایرانی غیر ایرانی	نسبت با سرپرست	<input type="text"/>	تاریخ تولد	<input type="text"/>
جنسیت	مرد زن	نام پدر	<input type="text"/>	شماره شناسنامه	<input type="text"/>	شهرستان محل تولد	<input type="text"/>	وضعیت تاهل	<input type="text"/>	مدرک تحصیلی	<input type="text"/>
بیمه ۱	<input type="text"/>	شماره بیمه ۱	<input type="text"/>	تاریخ اعتبار	<input type="text"/>	موقعیت	<input type="text"/>	تلفن همراه	<input type="text"/>	در صورتیکه فرد دارای ایمیل می باشد در کادر زیر وارد کنید	<input type="text"/>
بیمه ۱	<input type="text"/>	شماره بیمه ۱	<input type="text"/>	تاریخ اعتبار	<input type="text"/>	موقعیت	<input type="text"/>	تلفن همراه	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
بیمه ۱	<input type="text"/>	شماره بیمه ۱	<input type="text"/>	تاریخ اعتبار	<input type="text"/>	موقعیت	<input type="text"/>	تلفن همراه	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

مشخصات سایر اعضای خانوار (غیر سرپرست)

کد ملی	<input type="text"/>	نام	<input type="text"/>	نام خانوادگی	<input type="text"/>	ملیت	ایرانی غیر ایرانی	نسبت با سرپرست	<input type="text"/>	تاریخ تولد	<input type="text"/>
جنسیت	مرد زن	نام پدر	<input type="text"/>	شماره شناسنامه	<input type="text"/>	شهرستان محل تولد	<input type="text"/>	وضعیت تاهل	<input type="text"/>	مدرک تحصیلی	<input type="text"/>
بیمه ۱	<input type="text"/>	شماره بیمه ۱	<input type="text"/>	تاریخ اعتبار	<input type="text"/>	موقعیت	<input type="text"/>	تلفن همراه	<input type="text"/>	در صورتیکه فرد دارای ایمیل می باشد در کادر زیر وارد کنید	<input type="text"/>
بیمه ۱	<input type="text"/>	شماره بیمه ۱	<input type="text"/>	تاریخ اعتبار	<input type="text"/>	موقعیت	<input type="text"/>	تلفن همراه	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
بیمه ۱	<input type="text"/>	شماره بیمه ۱	<input type="text"/>	تاریخ اعتبار	<input type="text"/>	موقعیت	<input type="text"/>	تلفن همراه	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

مشخصات سایر اعضای خانوار (غیر سرپرست)

کد ملی	<input type="text"/>	نام	<input type="text"/>	نام خانوادگی	<input type="text"/>	ملیت	ایرانی غیر ایرانی	نسبت با سرپرست	<input type="text"/>	تاریخ تولد	<input type="text"/>
جنسیت	مرد زن	نام پدر	<input type="text"/>	شماره شناسنامه	<input type="text"/>	شهرستان محل تولد	<input type="text"/>	وضعیت تاهل	<input type="text"/>	مدرک تحصیلی	<input type="text"/>
بیمه ۱	<input type="text"/>	شماره بیمه ۱	<input type="text"/>	تاریخ اعتبار	<input type="text"/>	موقعیت	<input type="text"/>	تلفن همراه	<input type="text"/>	در صورتیکه فرد دارای ایمیل می باشد در کادر زیر وارد کنید	<input type="text"/>
بیمه ۱	<input type="text"/>	شماره بیمه ۱	<input type="text"/>	تاریخ اعتبار	<input type="text"/>	موقعیت	<input type="text"/>	تلفن همراه	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
بیمه ۱	<input type="text"/>	شماره بیمه ۱	<input type="text"/>	تاریخ اعتبار	<input type="text"/>	موقعیت	<input type="text"/>	تلفن همراه	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

فرم های مربوط به ورود اطلاعات سایر افراد این خانوار در صفحه بعدی

ادامه دارد ادامه ندارد

نام پرسشگر : تاریخ تکمیل پرسشنامه : نتیجه پرسشگری : کامل
 نام فرد انجام دهنده پرسشگری مجدد : تاریخ تکمیل مجدد پرسشنامه : نتیجه پرسشگری مجدد : کامل
 نام ناظر شهرستانی : تاریخ بررسی توسط ناظر : نتیجه بررسی : کامل

ناقص ناقص ناقص
 ناقص ناقص ناقص
 ناقص ناقص ناقص