

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگه پذیرش

ADMISSION ADVICE SLIP

Unit No:

شماره پرونده:

ID No:	شناسنامه:	Marrital status:	وضعیت تاهل:	Sex:	جنس:	Father Name:	نام پدر:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Former Record	سابقه بستری شدن:	Married <input type="checkbox"/>	متاهل <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	مذکر <input type="checkbox"/>						
None	ندارد	Single <input type="checkbox"/>	مجرد <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	مونث <input type="checkbox"/>						
Place of Work:	محل کار:	Occupation:	شغل:	Religion:	مذهب:	Place of ID:	محل صدور شناسنامه:	Place of Birth:	محل تولد:	Date of Birth:	تاریخ تولد:
Address & Phone Number:											
آدرس و تلفن:											
Address & Phone:						Accompanied By or Referred By:					
آدرس و تلفن:						همراه یا معرف بیمار:					
Date:	تاریخ:	Discharge	ترخیص:	Admitting Physician:	پزشک بستری کننده:	Waed:	بخش:	Date:	تاریخ:	Admission	
Time:	ساعت:							Time:	ساعت:		
Insurance Code:	شماره بیمه:	Insurance:	نوع بیمه:	به مرکز انتظامی اطلاع داده شد.			اورژانس <input type="checkbox"/>	بستری <input type="checkbox"/>	سریایی <input type="checkbox"/>	نوع پذیرش:	
				Police Center Was Informed.			Emergency	Hosp.	O.P.D	Kind of Adm.	
From Hospital :	از بیمارستان :	TO Ward:	به بخش :	TO Ward:	به بخش :	Transfer Date:		تاریخ انتقال:			
To Hospital:	به بیمارستان:										

طرح استانداردسازی و بیهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور ۱۰۰ / ۵

۲/۴ نسخه چهارم: