

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:

Former Record سابقه بستری شدن:
None ندارد Present دارد
دفعات بستری:

ID No:	ش شناسنامه:	Marrital status:	وضعیت تاهل:	Sex:	جنس:	Father Name:	نام پدر:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:	
		Married <input type="checkbox"/>	متاهل <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	مذکر <input type="checkbox"/>							
		Single <input type="checkbox"/>	مجرد <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	مؤنث <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: آدرس و تلفن:						Accompanied By or Referred By: همراه یا معرف بیمار:						
Date:	تاریخ:	Admitting Physician:	پزشک بستری کننده:	Waed:	بخش:	Date:	تاریخ:	پذیرش Admission				
Time:	ساعت:	Discharge	ترخیص:			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 <input type="checkbox"/>	Hosp. <input type="checkbox"/>	O.P.D <input type="checkbox"/>	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 / ۲

۲/۱ نسخه اول : واحد مدارک پزشکی