

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ گزارش سی تی اسکن
C.T. REPORT SHEET

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:	
	Bed: تخت:			
Date of report: تاریخ تنظیم گزارش:	Date of done: تاریخ انجام:	Date of request: تاریخ درخواست:	Sex : M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مؤنث	
Note : توضیحات:		Primary diagnosis: تشخیص اولیه:		
Kind of C.T: نوع سی تی اسکن درخواستی:				
History & clinical sign: سابقه و علائم بالینی بیمار:				
Report : گزارش:				
نام و امضاء رادیولوژیست:				