

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 درخواست سونوگرافی  
REQUEST FOR ULTRASONOGRAPHY

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:
Time :	ساعت:	Bed:	تخت:				
Desired procedure:		نوع سونوگرافی درخواست:		Wt:	وزن:	Sex:	جنسیت:
						F <input type="checkbox"/>	مونث <input type="checkbox"/>
						M <input type="checkbox"/>	مذکر <input type="checkbox"/>
Reason for sonography:							
علت درخواست سونوگرافی:							
Clinical history:							
سوابق بالینی:							
Clinical diagnosis:							
تشخیص بالینی:							
Desired information:							
اطلاعات مورد نظر:							
Sonography report:							
گزارش سونوگرافی:							
Date:				تاریخ:			
نام و امضاء پزشک:							