

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 فتوگرافی
REQUEST FOR PHOTOGRAPHY

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:				
Operation Room:	اطاق عمل:			Diagnosis:	تشخیص:		
Time:	Date:	تاریخ:					
<input type="checkbox"/> قابل حمل نیست <input type="checkbox"/> پیاده <input type="checkbox"/> برانکارد <input type="checkbox"/> صندلی <input type="checkbox"/> حمل بیمار بوسیله:				Kind	نوع	Site	وضع
<input type="checkbox"/> نوع فتوگرافی: <input type="checkbox"/> اسلاید رنگی <input type="checkbox"/> اسلاید از X-Ray <input type="checkbox"/> عکس سیاه و سفید <input type="checkbox"/> فیلم متحرک <input type="checkbox"/> مختصری از شرح حال بیمار:							
تشخیص موقت							
عضوهایی که باید عکسبرداری شوند و قسمتهایی که باید مشخص گردند							
جهات فتوگرافی: <input type="checkbox"/> روبرو <input type="checkbox"/> نیمرخ <input type="checkbox"/> از پشت <input type="checkbox"/> غیره:							
وضعیت بدن در حال فتوگرافی <input type="checkbox"/> خوابیده <input type="checkbox"/> نشسته <input type="checkbox"/> ایستاده <input type="checkbox"/> در حال حرکت <input type="checkbox"/> درخواست کننده: <input type="checkbox"/> تاریخ: <input type="checkbox"/> امضاء:							
فیلمهای مصرف شده							
اسلاید رنگی							
اسلاید سیاه و سفید							
نگاتیو سیاه و سفید							
نگاتیو رنگی							
متحرک رنگی							
متحرک سیاه و سفید							
Report:							
گزارش:							
نام و امضاء پزشک:							

برگ درخواست فتوگرافی