

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

University of Medical Sciences:
Medical Center:

دانشگاه علوم پزشکی:
مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ مشخصات روانپزشکی
PSYCHIATRY FORM

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:			
توجه: سؤالاتی که جواب آن مثبت است با علامت X مشخص شود و بقیه موارد را در محل مربوطه توضیح دهید:				
۱- تاریخ پذیرش در بخش:		۲- مشخصات بیمار		۳- سن
تاریخ پذیرش در بخش:		نام:		۵- مذهب
تاریخ ترخیص از بخش:		نام خانوادگی:		مسلمان <input type="checkbox"/>
خروج با مرخصی:		نام پدر:		مسیحی <input type="checkbox"/>
خروج بر خلاف نظر پزشک:		محل تولد:		یهودی <input type="checkbox"/>
ترک بدون اجازه:		محل سکونت:		رردشتی <input type="checkbox"/>
توضیح:		نشانی:		سایر مذاهب <input type="checkbox"/>
				نامعلوم <input type="checkbox"/>
۶- نحوه مراجعه		۷- معرف		۸- مراجعات قبلی
از درمانگاه بیمارستان <input type="checkbox"/>		نام معرف:		بیمارستان: بخش:
از سایر موسسات مختلف <input type="checkbox"/>		نسبت معرف با بیمار:		تعداد مراجعه:
از موسسات و ادارات دولتی <input type="checkbox"/>		نشانی معرف:		درمانگاه:
توسط پزشک خصوصی <input type="checkbox"/>				سایر موسسات روانی نام موسسه:
خود بیمار <input type="checkbox"/>				مراجعه نداشته: <input type="checkbox"/>
۹- تشخیص		۱۰- نوع درمان		۱۱- نتیجه درمان
تشخیص بالینی:		درمان دارویی <input type="checkbox"/>		بهبودی کامل <input type="checkbox"/>
علائم بارز:		درمان با الکتروشوک <input type="checkbox"/>		بهبودی قابل توجه <input type="checkbox"/>
تشخیص آماری:		درمان با انسولین خفیف <input type="checkbox"/>		بهبودی متوسط <input type="checkbox"/>
		درمان با اغماء انسولین <input type="checkbox"/>		بهبودی مختصر <input type="checkbox"/>
		روان درمانی سبک <input type="checkbox"/>		بهبودی نیافته <input type="checkbox"/>
		روان درمانی عمیق <input type="checkbox"/>		بدتر شده <input type="checkbox"/>
		روان درمانی با دارو <input type="checkbox"/>		فوت شده <input type="checkbox"/> علت فوت:
		کادر درمانی <input type="checkbox"/>		خودکشی <input type="checkbox"/> وسیله خودکشی:
Remarks: ملاحظات:				

برگ مشخصات روانپزشکی

۱۲ وضعیت تاهل	۱۳- وضعیت تحصیلی	۱۴ شغل	۱۶- مدت بیکاری
<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> مطلقه چند بار ازدواج کرده: سن اولین ازدواج:	<input type="checkbox"/> تخصص <input type="checkbox"/> تحصیلات عالی <input type="checkbox"/> متوسطه <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> نهضت <input type="checkbox"/> بی سواد	<input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/> خانه دار نوع شغل: ۱۵ درآمد ماهیانه تا ۵۰۰/۰۰۰ ریال ۵۰۰/۰۰۰ تا ۱۰۰۰/۰۰۰ ریال ۱۰۰۰/۰۰۰ تا ۲۰۰۰/۰۰۰ ریال ۲۰۰۰/۰۰۰ ریال به بالا	کمتر از ۳ ماه ۴ ماه تا یکسال یکسال تا ۵ سال نامعلوم ۱۷ نسبت والدین چه نسبتی: نسبت ندارند:
۱۸ سابقه بیماری روانی در خانواده بیمار			
<input type="checkbox"/> در پدر <input type="checkbox"/> در خواهر یا برادر <input type="checkbox"/> اقوام نزدیک تحت درمان در همین مرکز تحت درمان در سایر بیمارستانهای روانی نام بیمارستان:	<input type="checkbox"/> در مادر نوع بیماری: نسبت آنان با مریض: ... <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نامعلوم توضیح:		
۲۰ دو قلو		۲۱ محل بیمار در بین خواهران و برادران خود از یک مادر	۲۲ تعداد اولاد بیمار
<input type="checkbox"/> دو قلو نیست <input type="checkbox"/> دو قلو است <input type="checkbox"/> دو قلو هم جنس <input type="checkbox"/> دو قلو از جنس مخالف <input type="checkbox"/> نامعلوم	اولاد چندم است: <input type="checkbox"/> تنها فرزند <input type="checkbox"/> نامعلوم توضیح:		
۲۳ توصیه های پس از ترخیص			
<input type="checkbox"/> - ادامه درمان در محل خود <input type="checkbox"/> - ادامه درمان در موسسات مربوطه سایر موارد:		<input type="checkbox"/> ادامه درمان در درمانگاه بیمارستان <input type="checkbox"/> ادامه درمان در سایر موسسات روانشناس: روانکار: روانپزشک:	
۲۴- مشخصات و امضاء			
ملاحظات:			
Remarks:			