

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

University of Medical Sciences:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

سایر گزارشات پاراکلینیکال
OTHER PARACLINICAL REPORTS

Unit No: شماره پرونده:

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:				

Clinical Notes: یادداشتهای کلینیکی:

Date: تاریخ: Chief medical officer signature: امضاء مسئول بخش:

Treatment & Interview بررسی و معالجه Date تاریخ

Chief medical officer signature: امضاء مسئول بخش: