

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ درخواست مشاوره

CONSULTATION REQUEST SHEET

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:			
Date of Request: تاریخ درخواست:	Time: ساعت درخواست:	Consultation Requested With: درخواست مشاوره با:	
Kind of Consultation: نوع مشاوره:	Requestive Physician: نام پزشک درخواست کننده:		
Non emergency <input type="checkbox"/> اورژانس Emergency <input type="checkbox"/> غیر اورژانس			
Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:			
Subject of Consultation & Clinical Notes: گزارشات کلینیکی و موضوع مشاوره:			
Consultant Physician's Observation & Notes: مشاهدات و نظریات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه‌ها):			
Date: تاریخ:	Consultant Physician Name & Signature: نام پزشک مشاور و امضاء:		

