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 کنترل علائم حیاتی
VITAL SIGNS 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:		

امضاء Signature	مشاهدات و ملاحظات Observation & Remarks	فشار خون B.P	تنفس Resp.	نبض Pulse.	حرارت Temp.	ساعت Time	تاریخ Date

برگ کنترل علائم حیاتی
VITAL SIGNS SHEET

امضاء Signature	مشاهدات و ملاحظات Observation & Remarks	فشار خون B.P	تنفس Resp.	نبض Pulse.	حرارت Temp.	ساعت Time	تاریخ Date