

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

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی :

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

کارت گزارش درمانگاه
Clinical Report card

| | |
|-------------|--------------|
| Unit number | شماره پرونده |
|-------------|--------------|

| | | | | | |
|------------------------|---|---|-----------------------|------------|----------------------------|
| ID No: شماره شناسنامه: | Marital status: وضعیت تاهل: Married <input type="checkbox"/> متاهل Single <input type="checkbox"/> مجرد | Sex: جنس: M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مؤنث | Father name: نام پدر: | Name: نام: | Family name: نام خانوادگی: |
|------------------------|---|---|-----------------------|------------|----------------------------|

| | | | | | |
|-------------------------|------------------|-----------------|------------------------|---------------------------|----------------------------|
| place of work: محل کار: | Occupation: شغل: | Religion: مذهب: | Place of ID: محل صدور: | place of birth: محل تولد: | Date of birth: تاریخ تولد: |
|-------------------------|------------------|-----------------|------------------------|---------------------------|----------------------------|

| |
|------------------------------------|
| Address&Phone Number: آدرس و تلفن: |
|------------------------------------|

| | |
|-------------------------------------|---|
| Address & phone: آدرس و تلفن همراه: | Accompanied By or Referred By: همراه با معرف بیمار: |
|-------------------------------------|---|

| دفعات پذیرش تاریخ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| تاریخ | | | | | | | | | | |

| |
|--|
| Presenting symptoms: نشانه های فعلی بیمار: |
| |
| |
| |

| |
|--|
| History of present illness: تاریخچه بیماری فعلی: |
| |
| |
| |

| |
|------------------------------------|
| Past History: تاریخچه بیماری قبلی: |
| |
| |
| |

| |
|--|
| Current Drugtherapy&other addictions: داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات: |
| |
| |
| |

| |
|------------------------|
| Allergy To: حساسیت به: |
| |

| |
|-------------------------------|
| Family History: سوابق فامیلی: |
| |
| |
| |

| |
|-----------------------------|
| Pre-Diagnosis: تشخیص اولیه: |
| |
| |
| |

| |
|--|
| Signature of Examining physician: امضاء پزشک معاینه کننده: |
|--|

