



دانشگاه علوم پزشکی شیراز
اداره امور تاسیس - معاونت درمان

فرم شماره ۹ مشاوره تخصصی

نام و نام خانوادگی بیمار: نام پدر: تاریخ تولد: کد ملی:

تلفن تماس: تاریخ تشخیص بیماری:

ارجاع از مرکز تخصصی: مشاوره ارجاع به: علت مشاوره / ارجاع:

نتایج آخرین آزمایشات:

تاریخ	آزمایش و نتیجه آن	تاریخ	آزمایش و نتیجه آن
۱۳../...../.....		۱۳../...../.....	
۱۳../...../.....		۱۳../...../.....	
۱۳../...../.....		۱۳../...../.....	
۱۳../...../.....		۱۳../...../.....	

وضعیت داروهای مصرفی:

مدت مصرف:	دوز مصرفی:	دارو:

سرکار خانم دکتر / جناب آقای دکتر:
لطفاً توصیه های تخصصی / فوق تخصصی بیمار فوق را در این قسمت مرقوم فرمائید:

الف- ارزیابی تخصصی / فوق تخصصی:

ب- نیاز به آزمایش / اقدامات تشخیصی تکمیلی:

دارد ندارد اقدامات درخواستی:

ج- توصیه ها و اقدامات درمانی:

نیاز به سایر مشاوره ها: دارد ندارد ارجاع به:

نیاز به بستری: دارد ندارد تاریخ بستری: تاریخ ترخیص:

تاریخ مراجعه بعدی ۱۳../...../.....

مهر و امضای پزشک متخصص / فوق تخصص: