



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل

دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

Medical Center

مرکز پزشکی آموزشی درمانی

برگ گزارش تصویربرداری پزشکی سرپایی

OUTPATIENT RADIOLOGY SHEET

شماره پرونده: Unit No:

ID Code:	کد شناسایی:	Ward:	بخش:	Age:	سن:	Name & Family Name:	نام و نام خانوادگی:	
Phone Number:	شماره همراه بیمار:	Date/Time:	تاریخ تصویربرداری:		Attending Physician:	پزشک معالج:		
Type of Imaging:				نوع تصویربرداری:				
<input type="checkbox"/> سونوگرافی <input type="checkbox"/> ماموگرافی <input type="checkbox"/> ام آر آی <input type="checkbox"/> رادیوگرافی <input type="checkbox"/> سی تی اسکن								
Medical History:			شرح حال کامل:		Type of Requested Imaging:			نوع درخواست:
شرح گزارش:								
مهر و امضای رادیولوژیست:								