

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

دانشگاه علوم پزشکی اردبیل  
Ardabil University of Medical Sciences

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

کارت گزارش درمانگاه

CLINICAL REPORT CARD

شماره پرونده: Unit No:

|  |   |   |   |                                 |                                |
|--|---|---|---|---------------------------------|--------------------------------|
| شماره شناسنامه :<br>ID.No:                                 | وضعیت تاهل :<br>Marital Status:<br>Single مجرد<br>Married متاهل   | جنس :<br>Sex:<br>Male مذکر<br>Female مؤنث | نام پدر :<br>Father's Name:                             | نام :<br>Name:                  | نام خانوادگی :<br>Family Name: |
| محل کار :<br>Place of Work:                                | شغل :<br>Occupation:  | مذهب :<br>Religion:                       | محل صدور شناسنامه :<br>Place of ID:                     | محل تولد:<br>Place of Birth:    | تاریخ تولد :<br>Date of Birth: |
| آدرس و تلفن :<br>Address & Phone number:                   |   |   |   |                                 |                                |
| آدرس و تلفن :<br>Address & Phone number:                   |   |   | همراه یا معرف بیمار :<br>Accompanied by or referred by: |                                 |                                |
| اقدامات پرستاری و امضا:<br>Nursing Procedures & Signature: | سیر بیماری - دستورات پزشک و یافته های بالینی،<br>Disease Progress- Physician Order & Clinical Findings: |   | علت مراجعه:<br>Cause of Refer:                          | تاریخ :<br>Date:                |                                |
| مهر و امضاء پزشک:  |   |   |   | نوع کلینیک :<br>Type of Clinic: |                                |
|  |   |   |   |                                 |                                |
| مهر و امضاء پزشک:  |   |   |   |                                 |                                |
|  |   |   |   |                                 |                                |

| اقدامات پرستاری و امضا:<br>Nursing Procedures & Signature: | سیر بیماری - دستورات پزشک و یافته های بالینی:<br>Disease Progress- Physician Order & Clinical Findings: | علت مراجعه:<br>Cause of Refer: | تاریخ:<br>Date:                         |
|--|---|--------------------------------|---|
|  | <b>مهر و امضاء پزشک:</b>  |                                | <b>نوع کلینیک :<br/>Type of Clinic:</b> |
|  | <b>مهر و امضاء پزشک:</b>  |                                |   |
|  | <b>مهر و امضاء پزشک:</b>  |                                |   |

درج مهر و امضاء پزشک معالج در انتهای مستندات الزامی است.