

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Clinic No: شماره درمانگاهی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Unit No: شماره پرونده:

برگ خلاصه پرونده

UNIT SUMMARY SHEET

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:	Occupation: شغل:	Married status: وضعیت تأهل:
		Married <input type="checkbox"/> متاهل	Male <input type="checkbox"/> مرد
		Single <input type="checkbox"/> مجرد	Female <input type="checkbox"/> زن
Address & Phone No.: آدرس و شماره تلفن:			

Chief Complaint of the Patient & Primary Diagnosis: شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه:

Final Diagnosis: تشخیص نهایی:

Medical & Surgical Procedures: اقدامات درمانی و اعمال جراحی:

Results of Paraclinical Examination: نتایج آزمایشات پاراکلینیکی:

Disease Progress (Cause of Death): سیر بیماری (در صورت فوت، علت مرگ):

Patient's Condition on Discharge: وضعیت بیمار هنگام ترخیص:

Recommendations after Discharge: توصیه‌های پس از ترخیص:

Attending Physician's Name & Signature: نام و امضاء پزشک معالج: