**دفتر ثبت مراجعه کنندگان به پزشک**



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

**مرکز بهداشتی درمانی** ...............................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **تاریخ مراجعه** | **شماره قبض** | **مبلغ** | **نام و نام خانوادگی** | **سن** | **جنس** | **علت مراجعه** | **تشخیص اولیه** | **اقدامات انجام شده** | **ملاحظات** |
| **مونث** | **مذکر** | **مشاوره** | **درمان** | **ارجاع** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |