مدیریت درمان استان اصفهان

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:.....

برگه مشاوره

نام و نام خانوادگی :	نام پدر :	تاریخ تولد :	شماره پرونده :
پزشک معالج :		تلفن :	
آدرس منزل :			

تشخیص اولیه : .....

گزارش تحلیلی و موضوع مشاوره :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

مهر و امضاء

مشاهدات و نظریات پزشک مشاور :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

مهر و امضاء