

کارت پیگیری بیماریهای مزمن

Chronic Clinical Report Card

Attending physician:	پزشک معالج:	Name:	نام:	Family name:	نام خانوادگی:
Date of admission:	تاریخ پذیرش:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father name:	نام پدر:
Address:					آدرس:

خلاصه ای از شرح حال علائم بیمار در پذیرش :

Chief Complaint :

شکایت اصلی :

.....

.....

.....

Present Illness History :

تاریخچه بررسی فعلی :

.....

.....

.....

Drug History :

تاریخچه دارویی:

.....

.....

Past Disease History :

تاریخچه بیماری قبلی :

.....

.....

.....

Primary Diagnosis :

تشخیص اولیه:

.....

Final Diagnosis :

تشخیص نهائی :

.....



Chronic Clinical Report Card

<p>دستور پزشک Physician order</p>	<p>ساعت Time</p>	<p>تاریخ Date</p>

