



کارت مراجعه مجدد بیماران مزمن

مرکز درمانی : شماره پرونده :
نام و نام خانوادگی : سال تولد :
کد ملی : گروه فونی : شماره تلفن :
نشانی محل سکونت :
.....

تشخیص بیماری :
سابقه مساسیت :
 دارویی: سایر موارد:



قلب سالم =

- + تغذیه سالم
- + کنترل وزن
- + کنترل چربی
- + کنترل فشارخون
- + دوری از دخانیات
- + ورزش