مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل.....

شماره پرونده:	Unit No:

برگ دستورات پزشک

PHYSICAN'S ORDER SHEET

نام خانوادگی:	Family Name:	نام:	Name:	آدرس و تلفن بیمار:	Address &phone:
نام پدر:	Father Name:	کد ملی بیمار:	ID NO:	سن بیمار:	pation s Age:	تاریخ پذیرش:	Date of Admission:

تاریخ Date	ساعت Time	دستورات Orders	امضاء پزشک Signature of Physician	امضاء پرستار Signature of Nurses

برگ دستورات پزشک