

مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل :

شماره پرونده بیمار در مرکز: Unite no:		برگ پذیرش و خلاصه ترخیص ADMISSION AND DISCHARGE SUMMARY SHEET	
نام خانوادگی: Family Name:	نام: Name:	نام پدر: Father Name:	جنس : sex: زن <input type="checkbox"/> F مرد <input type="checkbox"/> M
وضعیت تاهل: Married <input type="checkbox"/> متاهل Single <input type="checkbox"/> مجرد	Married status:	محل تولد: Place of Birth:	تاریخ تولد: Date of Birth:
کد ملی: ID No:	تاریخ و ساعت پذیرش: Date & Time Admission:	پزشک معرفی کننده: Admitting Physician:	تاریخ ترخیص: Discharge Date: تاریخ: ساعت: Time:
آدرس و تلفن منزل بیمار:		Address & Phone Number:	
آدرس و تلفن همراه بیمار:		Address & Phone Number:	
نوع پذیرش: Kind off Admission: <input type="checkbox"/> مراجعه مستقیم <input type="checkbox"/> ارجاع از مطب <input type="checkbox"/> ارجاع از بیمارستان	نوع بیمه: Insurance: پایه: تکمیلی:	شماره بیمه: Insurance Code:	نوع پذیرش: Kind off Admission: <input type="checkbox"/> مراجعه مستقیم <input type="checkbox"/> ارجاع از مطب <input type="checkbox"/> ارجاع از بیمارستان
تشخیص حین پذیرش: Primary Diagnosis:			
وضعیت بیمار هنگام ترخیص: Condition on Discharge بهبودی <input type="checkbox"/> Recovered بهبودی نسبی <input type="checkbox"/> Some Improvement ترخیص با میل شخصی <input type="checkbox"/> Discharge Without Physician's Order فوت نموده <input type="checkbox"/> Expired غیره: Etc			
فوت: Death:	علت فوت: Cause of Death:	تاریخ: Date:	ساعت: Time:
تعداد مشاوره پزشکی No. of Consultation	تعداد مشاوره پرستاری No. of home care:	مدت مراقبت از بیمار در منزل: Length of home care:	امضاء مسئول فنی مرکز: Head Nurse of Service Signature
امضاء پرستار پذیرش دهنده: Signature	امضاء پرستار ترخیص کننده: Signature	برگ پذیرش و خلاصه ترخیص	