

## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health &amp; Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

No of Hosp.: دفعات بستری:		Unit No: شماره پرونده:	
Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:	Name: نام:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:
Address: محل اقامت:		Bed: تخت:	Family Name: نام خانوادگی:
Occupation: شغل:		Marital status: وضعیت تأهل:	Father Name: نام پدر:
		Married <input type="checkbox"/> متاهل	Sex: جنس:
		single <input type="checkbox"/> مجرد	M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مؤنث
Chief Complaint: علت مراجعه:		Age of Onset: سن شروع بیماری:	First Manifest: اولین تظاهر بیماری: