

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ ملاحظات پرستاری هنگام ورود بیماران به بخش

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				
Kind of enter:				Kind of admission:			
نوع ورود به بخش:				نوع پذیرش:			
Himself <input type="checkbox"/> خودش Wheelchair <input type="checkbox"/> ویلچر Stretcher <input type="checkbox"/> برانکار				Emergency <input type="checkbox"/> اورژانس Appointment <input type="checkbox"/> تعیین نوبت			
Chief complaint:							
شکایت اصلی:							
General condition:							
حالت عمومی بیمار:							
Mental condition:							
حالت روحی بیمار:							
Broughts By:							
همراهان بیمار:							
Did the patient hospitalize before?							
آیا قبلاً بستری بوده؟							
Yes <input type="checkbox"/> بلی No <input type="checkbox"/> خیر							
Diet Order:							
رژیم غذا:							
Addiction:							
اعتیاد:							
Did the patient have drug with him?							
آیا دارو به همراه دارد؟							
Allergy to drug, Nutrition, Cloths:							
آیا نسبت به دارو، مواد غذایی یا پوشاک حساسیت دارد؟							
انگشت <input type="checkbox"/> ساعت <input type="checkbox"/> پول <input type="checkbox"/> طلا <input type="checkbox"/> سایر متعلقات <input type="checkbox"/> توسط <input type="checkbox"/> . . .							
Ring <input type="checkbox"/> Watch <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Mones <input type="checkbox"/> Others <input type="checkbox"/> is ..							
uncle, Lice and other signs:							
مشاهدات پرستاری، زخم، جوش، شپش و سایر علائم:							
Incase of child, Type of milk:							
در صورتی که طفل است از چه نوع شیری تغذیه می کند؟							
Type of vaccine:				Vaccinaied			
Date:				No <input type="checkbox"/> خیر			
				Yes <input type="checkbox"/> بلی			
Name & signature of Nurse:							
نام و امضاء پرستار پذیرش بیمار:							