

بسمه تعالی

« پرونده پزشک خانواده شهری »

نوع بیمه :  تامین اجتماعی  بیمه سلامت  کمیته امداد امام خمینی (ره)

نام و نام خانوادگی : تاریخ تولد : کد ملی :

نام پدر : بیماری : شماره تلفن ثابت : شماره تلفن همراه :

ردیف	تاریخ مراجعه	علت مراجعه	اقدامات انجام شده (داروهای تجویزی همراه با دوز دارو)	تاریخ مراجعه بعدی
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				