

ته برگ فرم ارجاع	فرم ارجاع	فرم بازخورد
نام و نام خانوادگی:	شماره پرونده:	از: بیمارستان / مطب تخصصی / کلینیک تخصصی
سن:	شماره ته برگ:	
نوع ارجاع: فوری	غیر فوری	به: مرکز بهداشتی درمانی / خانه بهداشت / پایگاه
.....	از: مرکز بهداشتی درمانی / خانه بهداشت / پایگاه بهداشتی /	بهداشتی / سایر مراکز دولتی / تأمین اجتماعی /
علت ارجاع:	سایر مراکز دولتی / تأمین اجتماعی / بخش خصوصی	بخش خصوصی /
تاریخ ارجاع:	به: بیمارستان / مطب تخصصی / کلینیک ویژه تخصصی	همکار ارجمند: با سلام و احترام
شماره ته برگ:	با سلام و احترام	بیمار در تاریخ: بانسانه / علامت / آزمایش
.....	بیمار با مشخصات زیر:	
توجه: این ته برگ در مبدا بایگانی می‌گردد.	نام و نام خانوادگی: سن:	پذیرش گردید. پس از بررسی‌های تکمیلی با
.....	با نشان / علامت / آزمایش:	تشخیص اقدامات زیر
.....		برای وی انجام شد. نتیجه اقدامات:
.....	در ارزیابی دوره‌ای سلامت، جهت بررسی و اقدام	۱-
.....	لازم معرفی می‌گردد.	۲-
.....	خواهشمند است پس از بررسی، نتیجه کار و نیاز به	۳-
.....	اقدامات درمانی یا پیگیری را در قسمت بازخورد	لازم است به شرح زیر پیگیری انجام شود:
.....	مرقوم فرموده و آن را عودت دهید.	
.....	نام و نام خانوادگی ارجاع دهنده:	تاریخ مراجعه بعدی: امضا:
سمت:	امضا:	نام و نام خانوادگی: