



سابقه بستری شدن: Former Record

دارد Present ندارد None

دفعات بستری:

No. of Hosp :

ADMISSION AND DISCHARGE SUMMARY SHEET

ID-No: ش شناسنامه:	Marital States وضعیت تاهل: Married <input type="checkbox"/> متأهل Single <input type="checkbox"/> مجرد	Sex: جنس: M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مؤنث	Father Name: نام پدر:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Place of Work: محل کار:	Occupation: شغل:	Religion: مذهب:	National ID: کد ملی:	Place of Birth: محل تولد:	Date of Birth: تاریخ تولد:
Address & Phone Number: آدرس و تلفن:					
Address & Phone: آدرس و تلفن:			Accompanied By or Referred By: همراه یا معرف بیمار:		
Date: تاریخ:	Admitting Physician: پزشک بستری کننده:	Ward: بخش:	Date: تاریخ:	Admission پذیرش	
Time: ساعت:	Discharge: ترخیص:	Time: ساعت:	Admission پذیرش		
Insurance Code: شماره بیمه:	Insurance: نوع بیمه:	به مرکز انتظامی اطلاع داده شد. Police Center was Informed		اورژانس <input type="checkbox"/> Emergency	بستری <input type="checkbox"/> Hosp.
From Hospital: از بیمارستان:	To Ward: به بخش:	To Ward: به بخش:	Transfer Date: تاریخ انتقال:	نوع پذیرش: سرپایی <input type="checkbox"/> O.P.D Kind of Adm.	
Lab & X-Rays (Results): آزمایشات و عکسبرداری (نتایج):					
Code: کد:	Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:				
Interim Diagnosis: تشخیص حین درمان:					
Final Diagnosis: تشخیص نهایی:					
External Cause: علت خارجی:					
Operation & Other Procedures(With Date): اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی با ذکر تاریخ:					
Discharge Without Physician Order: <input type="checkbox"/> ترخیص با میل شخصی					
Some Improvement <input type="checkbox"/> بهبودی نسبی Recovered <input type="checkbox"/> بهبودی					
Etc: Follow up <input type="checkbox"/> پیگیری: Expired <input type="checkbox"/> فوت نموده Condition on Discharge					
Others: Return to OPD/Physician Week Time. Recommendation on Discharge					
Cause Of Death: علت فوت:		Before 24 Hours: <input type="checkbox"/> فوت: قبل از ۲۴ ساعت	After 24 Hours: <input type="checkbox"/> فوت: بعد از ۲۴ ساعت	Date: تاریخ:	Death: ساعت:
Length Of Stay: مدت اقامت بیمار:	No. of Consultation: تعداد مشاوره:	مشاوره داشته: No: <input type="checkbox"/> خیر: yes: <input type="checkbox"/> بله			
Did The Patient have Consultation?					
Adm . Officer Signature: امضاء مسئول بخش پذیرش:	Attending Physician Signature: مهر و امضاء پزشک معالج:	Resident Signature: مهر و امضاء رزیدنت:	Head Nurse Of Service Signature: امضاء سرپرستار بخش:		

