



پزشکی

سازمان تامین اجتماعی

مرکز جراحی محدود درمانگاه ابوریحان

برگ پذیرش و خلاصه ترخیص

ADMISSION AND DISCHARGE SUMMARY SHEET

Former Record : سابقه بستری شدن :
None ☐ ندارد Present ☐ دارد
No. of Hosp: دفعات بستری :

Unit No: شماره پرونده :

Sex: جنس : M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مؤنث	Marital status: وضعیت تاهل : Married <input type="checkbox"/> متاهل Single <input type="checkbox"/> مجرد	Name: نام : نام پدر : Father Name:	Family Name: نام خانوادگی :
Religion: مذهب :	Occupation: شغل :	Place of Birth: محل تولد : Date of Birth: تولد :	Place of ID: محل صدور :

Address & Phone Number: آدرس و تلفن :

Address & Phone: آدرس و تلفن : Accompanied By or Referred By: با معرف بیمار :

Admitting Physician: پزشک بستری کننده : Ward: بخش : Date: تاریخ :
Discharge: ترخیص : ساعت : Admit: ساعت :

Insurance Code: شماره بیمه : Insurance: نوع بیمه : به مرکز نظامی اطلاع داده شد :
POLICE Center Was Informed : Kind of :
Emergency Hosp O.P.D.

Hospital: از بیمارستان : To Ward: به بخش : TO Ward: به بخش : Transfer Date: تاریخ انتقال :
Hospital: به بیمارستان :

X- Rays (Results): اشکات و عکسبرداری (نتایج) :

Primary Diagnosis: تشخیص اولیه :

Interim Diagnosis: تشخیص موقت :

Final Diagnosis: تشخیص نهایی :

External Cause : سبب خارجی :

Operation & Other Procedures (With Date) : عمل جراحی و سایر اقدامات پزشکی با ذکر تاریخ :

Charge Without Physician's Order ☐ ترخیص با امیل شخصی : Some Improvement ☐ بهبود نسبی : Recovered ☐ بهبودی :
Condition on Discharge :
Followup ☐ پیگیری : Expired ☐ فوت کرده :

Recommendation on Discharge :
Return to OPD/Physician : week Time :
Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :

Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :

Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :

Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :

Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :

Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :

Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :

Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :

Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :

Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :

Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :

Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :

Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :

Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :

Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :
Recommendation on Discharge :

CP-FR-001-00

برگ پذیرش و خلاصه ترخیص



سازمان تامین اجتماعی
اداره کل درمان استان تهران
مرکز جراحی محدود و درمانگاه عمومی آهورستان
برگ شرح حال و معاینه بدنی

Unit Number شماره پرونده:

MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION SHEET

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:		

Chief Complaint: شکایت اصلی بیمار:

History of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی:

Past Diseases History: تاریخچه بیماریهای قبلی:

Current Drug Therapy & Other Addictions: داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات:

Allergy to: حساسیت به:

Family History: سوابق خانوادگی:

Physical & Clinical Examination: معاینات بدنی و بررسی های بالینی:

Skull: <input type="checkbox"/>	پوست: <input type="checkbox"/>
Neck: <input type="checkbox"/>	چشمه: <input type="checkbox"/>
Feet: <input type="checkbox"/>	گوش: <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Please Complete the Reverse Side. لطفا پشت صفحه را تکمیل کنید.



سازمان تامین اجتماعی

اداره کل درمان استان تهران

مرکز خدمات درمانی و ترخیص بیماران

برگ خلاصه پرونده

UNIT SUMMARY SHEET

Unit Number

شماره پرونده

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:				
Occupation:		شغل:	Married status:	وضعیت تاهل:	Sex:	جنس:	
			Married <input type="checkbox"/>	متاهل <input type="checkbox"/>	Male <input type="checkbox"/>	مرد <input type="checkbox"/>	
			Single <input type="checkbox"/>	مجرد <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>	زن <input type="checkbox"/>	
Address & Phone No.:				آدرس و شماره تلفن:			
Chief Complaint of the Patient & Primary Diagnosis:							
شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه:							
Final Diagnosis:							
تشخیص نهایی:							
Medical & Surgical Procedures:							
اقدامات درمانی و اعمال جراحی:							
Results of Paraclinical Examination:							
نتایج آزمایشات پاراکلینیک:							
Disease Progress (Cause of Death):							
مسیر بیماری (در صورت فوت: علت مرگ):							
Patient's Condition on Discharge:							
وضعیت بیمار هنگام ترخیص:							
Recommendations after Discharge:							
توصیه‌های پس از ترخیص:							
Attending Physician's Name & Signature:							
نام و امضاء پزشک معالج:							

RCP-FR-002-01

برگ خلاصه پرونده



مرکز جراحی معنود و درمانگاه عمومی اور پخان

برگ گزارش عمل جراحی

OPERATION REPORT SHEET

Unit Number

تعداد ۱۰۰۰

RCP-FR-007-01

(A) بوسه گزاردن عمل جراحی