

فرم ارجاع دانش آموز به متخصص / فوق تخصص

نوع ارجاع: شماره ارجاع:

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:
شهرستان: روستای:
به: متخصص / فوق تخصص محترم از مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه سنجش

از آقای / خانم فرزند سن معاينه به عمل آمد و با توجه به مشکل
جهت تشخيص و اخذ دستورات لازم حضورتان
معرفی می گردد.

مهر و امضای پزشک مرکز بهداشتی درمانی

تاریخ:

نتایج معاینات پزشک متخصص / فوق تخصص

از دانش آموز معاينه به عمل آمد، سالم است مبتلا به بیماری / اختلال
می باشد.
توصیه های پزشک متخصص / فوق تخصص و اقدامات لازم
.....
.....
.....
.....
.....

مهر و امضای پزشک متخصص / فوق تخصص

تاریخ:

شماره ارجاع:

تاریخ ارجاع:

نوع ارجاع:

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

ارجاع به متخصص /
فوق تخصص: