

شماره برگ ارجاع فوری غیر فوری تاریخ صدور / / شماره ردیف دفتر ثبت بیماران

نام و نام خانوادگی شماره فائوار ممل سکونت

علت ارجاع

فرم ارجاع شماره ۱

ارجاع فوری
 غیر فوری

مرکز بهداشت استان لرستان

مرکز بهداشت شهرستان

تاریخ صدور: / /

شماره برگ ارجاع

شماره ردیف دفتر

شماره کارت / دفترچه بیمه شده

به مرکز بهداشتی درمانی
پلی کلینیک تخصصی / بیمارستان

نام و نام خانوادگی: فرزند سن (سال) شغل

محل سکونت: روستا /
زیست بوم

علت مراجعه: درجه حرارت فشار خون سایر علائم

تشخیص اولیه:

اقدامات انجام شده:

نام و نام خانوادگی بهورز

نام ومهر خانه بهداشت:

لطفاً قسمت پائین فرم را تکمیل و به این واحد ارسال فرمائید.

پرداخت هزینه های درمانی توسط بیمه خدمات درمانی برابر مقررات و منوط به ارائه مدارک مورد نیاز می باشد

به: خانه بهداشت

بازگشت به برگ ارجاع شماره مورخه / / آقای / خانم فرزند

محل سکونت: بطور سرپائی / بستری مورد معاینه و

درمان قرار گرفته و با تشخیص پس از انجام در تاریخ / / مرخص گردیده است

ضمناً نامبرده می بایستی در تاریخ / / مجدداً به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نماید. (به مراجعه مجدد احتیاج ندارد)
پلی کلینیک تخصصی یا بیمارستان

دستورات دارویی

نام دارو	مقدار	تعداد دفعات در روز	تعداد روزها	طوز استفاده

سایر توصیه ها:

مهر وامضای پزشک