

شماره ارجاع: تاریخ: فرم ارجاع دانش آموز به متخصص / فوق تخصص نوع ارجاع: شماره ارجاع:

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: شهرستان: روستای:

تاریخ ارجاع: از: مرکز بهداشتی درمانی / به: متخصص / فوق تخصص محترم

از آقای / خانم فرزند سن معاینه به عمل آمد و با توجه به مشکل

نوع ارجاع: جهت تشخیص و اخذ دستورات لازم حضورتان معرفی می گردد.

نام و نام خانوادگی: مهر و امضای پزشک مرکز بهداشتی درمانی

تاریخ:

نتایج معاینات پزشک متخصص / فوق تخصص

نام پدر: از دانش آموز معاینه به عمل آمد، سالم است مبتلا به بیماری / اختلال می باشد.

ارجاع به متخصص / فوق تخصص: توصیه های پزشک متخصص / فوق تخصص و اقدامات لازم

مهر و امضای پزشک متخصص / فوق تخصص

تاریخ: