|  |  |
| --- | --- |
| **فرم شماره 4:****شماره ارجاع:** **..........****تاريخ ارجاع:** **...........****نوع ارجاع:** **............****نام و** **نام خانوادگي:** **...........................****کدملی :****.........................****نام پدر:** **...................****ارجاع به** **متخصص:****........................****ارجاع به** **فوق تخصص:****.......................**.. |  **تاریخ:** ............................... **فرم ارجاع دانش آموز به متخصص/ فوق تخصص نوع ارجاع: ................. شماره ارجاع:** ......................دانشگاه/ دانشكده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني: ..................................................... شهرستان : ................................................ روستا : .....................................**از: مرکز خدمات جامع سلامت** .............................................................................. **به: متخصص/ فوق تخصص محترم**  ............................................................................... **از آقای/ خانم** ...............................................  **با کد ملی** .............................................. **فرزند** .........................  **سن** ........................ **معاینه به عمل آمد و با توجه به مشکل** ......................................................................... **جهت تشخیص و اخذ دستورات لازم حضورتان معرفی می­گردد.** **مهر و امضای پزشک مرکز خدمات جامع سلامت تاریخ:** .........................**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*****نتايج معاينات پزشك متخصص** **از دانش آموز معاينه به عمل آمد، 🞎 سالم است 🞎 مبتلا به بيماري/ اختلال** ................................................................................................ **مي باشد.****توصيه هاي پزشك متخصص و اقدامات لازم** ............................................................................................................................................................................................................................. ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  **مهر و امضای پزشک متخصص تاریخ:** ........................**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*****پزشک فوق تخصص محترم**  ............................................................................... **از دانش آموز معاینه به عمل آمد و با توجه به مشکل** ................................................................................................................................................................................................... ................................................................................................................ **جهت تشخیص و اخذ دستورات لازم حضورتان معرفی می­گردد.** **مهر و امضای پزشک متخصص تاریخ:** ........................**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*****نتايج معاينات پزشك فوق تخصص** **از دانش آموز معاينه به عمل آمد، 🞎سالم است 🞎مبتلا به بيماري/ اختلال** ................................................................................................ **مي باشد.****توصيه هاي پزشك فوق تخصص و اقدامات لازم** ................................................................................................................................................................................................ .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  **مهر و امضای پزشک فوق تخصص تاریخ:** ........................ |