|  |  |
| --- | --- |
| **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:** ........................ |