|  |
| --- |
| وزارت بهداشت ،درمان وآموزش پزشکی بسمه تعالی  دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی  نام واحد  نوع واحد :مرکز بهداشتی ودرمانی شهری ........روستایی.............شهری وروستایی............................ماه .................سال............ |

<< عملکرد پزشکان وخدمات سرپایی >>

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تعدادروزهای مرخصی | تعدادارجاع پزشک خانواده به متخصص | تعدادویزیت بیمه روستایی | تعدادویزیت پزشک خانواده | تعدادروزکارکرد | شماره نظام پزشکی | نام ونام خانوادگی پزشک | نوع تخصص | ردیف |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  | جمع کل | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تعدادروزهای  مرخصی | تعدادویزیت درمانگاهی | تعدادروز کارکرد | شماره نظام پزشکی | نام ونام خانوادگی  دندانپزشک |  | تعداد  روزهای  مرخصی | تعداد  مراجعین | تعداد  پیراپزشک | رشته فعالیت /تعداد |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| تعداد | نوع خدمت | | |  |
|  | مراجعین | | آزمایشگاه | متخصص | عمومی | تعدادپزشک شاغل درمرکز |
|  | آزمایش | |  |  |
|  | مراجعین | | رادیولوژی |  |  | تعداددندانپزشک  شاغل در مرکز |
|  | کلیشه مصرفی | |
|  | | تزریقات | |  | | |
|  | | پانسمان | |  |
|  | | داروخانه | |

تاریخ تکمیل فرم .................................نام وامضای تکمیل کننده ...............................مهر وامضای مسئول مرکز