|  |
| --- |
|  وزارت بهداشت ،درمان وآموزش پزشکی بسمه تعالیدانشگاه 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 |  | تعدادروزهای مرخصی | تعدادمراجعین | تعدادپیراپزشک | 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