

شماره ارجاع:

تاریخ ارجاع:

نوع ارجاع:

نام و نام خانوادگی:

کدملی:

نام پدر:

ارجاع به متخصص:

ارجاع به فوق تخصص:

بند یک: تاریخ: **فرم ارجاع دانش آموز به پزشک متخصص طب فیزیکی و توانبخشی** نوع ارجاع: (غیرفوری) شماره ارجاع:
دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: شهرستان: روستا:
از: مرکز بهداشتی درمانی / به: پزشک متخصص طب فیزیکی محترم
از آقای/خانم کدملی: فرزند سن معاینه به عمل آمد و با توجه به مشکل
جهت تشخیص و اخذ دستورات لازم حضورتان معرفی می گردد.
مهر و امضای پزشک مرکز خدمات جامع سلامت تاریخ:

بند دو: **نتایج معاینات پزشک متخصص طب فیزیکی و توانبخشی**

از دانش آموز معاینه به عمل آمد، ☐ سالم است ☐ مبتلا به بیماری/ اختلال ☐ نیاز به ارجاع می باشد.
توصیه های پزشک متخصص و اقدامات لازم:
نیاز به پیگیری توسط: ☐ متخصص ☐ پزشک عمومی ☐ مراقب سلامت/بهورز فواصل زمانی:
نوع پیگیری:
مهر و امضای پزشک متخصص تاریخ:

بند سه: تاریخ: **فرم ارجاع دانش آموز به پزشک متخصص ارتوپدی / اطفال / جراحی**

همکار محترم متخصص ارتوپدی / اطفال / جراحی
از دانش آموز معاینه به عمل آمد و با توجه به مشکل تشخیص و اخذ دستورات لازم حضورتان معرفی می گردد.
مهر و امضای پزشک متخصص تاریخ:

بند چهار: **نتایج معاینات پزشک متخصص ارتوپدی / جراحی / اطفال و ...**

از دانش آموز معاینه به عمل آمد، ☐ سالم است ☐ مبتلا به بیماری/ اختلال ☐ نیاز به جراحی می باشد.
توصیه های پزشک و اقدامات لازم
مهر و امضای پزشک متخصص تاریخ: