

## فرم پیگیری بیماران

مرکز بهداشتی درمانی روستایی : .....

خانه بهداشت : .....

نام بیماری : .....

سال : .....

روستا :  قمر  اصلی

ملاحظات	تاریخ خدمات انجام شده																								اولین تاریخ تشخیص بیماری	تاریخ اولین مراجعه	شماره پرونده خانوار	سال تولد	نام و نام خانوادگی	ردیف
	اسفند		بهمن		دی		آذر		آبان		مهر		شهریور		مرداد		تیر		خرداد		اردیبهشت		فروردین							
	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*	○	*						
۳۱	۳۰	۲۹	۲۸	۲۷	۲۶	۲۵	۲۴	۲۳	۲۲	۲۱	۲۰	۱۹	۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱

\* تاریخ مراقبتی که توسط بهورز برای بیمار انجام می گیرد در این ستون نوشته می شود  
 ○ تاریخ مراقبتی که توسط پزشک انجام می گیرد در این ستون نوشته می شود