وزارت بهداشت ودرمان وآموزش پزشكي

دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني

شبكه بهداشت و درمان شهرستان..... خانه بهداشت.....مركز بهداشتي درماني..... . تاريخ.....

ردیف ۱	شماره خانوار	نام نام خانوادگي	تاريخ تولد	فاقد مشكل												مشكل	درمعرض ابتلا	
				ماه مراقبت دوره اي												ارجاع غير فوري	مراقبت ويژه	پيگيري
				۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲			
۲																		
۳																		
۴																		
۵																		
۶																		
۷																		
۸																		
۹																		
۱۰																		
۱۱																		