

## فرم گزارش پدیکولوژیس ( شبکه بهداشت و درمان جنوب تهران )

نام پایگاه/مرکز:..... فصل:..... سال تحصیلی:..... تاریخ معاینه:.....

نام فرد معاینه کننده	تعداد پایه معاینه شده						مقطع معاینه شده			تعداد کل دانش آموزان	نام مدرسه	
	ششم	پنجم	چهارم	سوم	دوم	اول	متوسطه	راهنمایی	ابتدائی		غیر دولتی	دولتی

تعداد موارد مبتلا:.....

ردیف	اسامی	کد ملی	پایه	شماره تلفن	تعدادشامپو	تاریخ پیگیری	درمان

تعداد موارد عود:.....

اسامی	پایه	شماره تلفن	تعدادشامپو	تاریخ پیگیری	درمان	ملاحظات

مهرو امضای مدیر مدرسه:

مهر پایگاه/مرکز: