

پرونده مراقبت مشارکتی

نام و نام خانوادگی بیمار: شماره پرونده مرکز:

شرح حال - ویزیت اول روانپزشک مرکز سلامت روان جامعه نگر

نام و نام خانوادگی: سن: جنسیت: مذکر مونث سطح تحصیلات: بیسواد ابتدایی راهنمایی دیپلم بالاتر
 وضعیت تأهل: مجرد متأهل مطلقه بیوه سایر تلفن ثابت/همراه: ارجاع شده توسط:

تاریخ ویزیت:

.....:RFR

.....:PI

.....

.....

.....:PPH

.....

.....

.....:PMH

.....:DH

.....:SUB

.....:FH

.....:PH.EX

.....:MSE

.....

.....:DX

.....:Plan

	نام دارو	دوز دارو	زمان-تعداد تجویز				توضیحات
			صبح	ظهر	عصر	شب	
۱							
۲							
۳							
۴							

مهر و امضای روانپزشک مرکز سلامت روان جامعه نگر