

فرم شماره ۲ : فرم گزارش پاتولوژی

شماره نمونه

تاریخ دریافت / گزارش :

نام بیمار

خانوادگی :

نام پدر :

سن :

جنس

محل تولد :
استان / شهر

آدرس دائم :

۱- استان :

۲- شهرستان / شهر :

۳- روستا :

۴- خیابان :

۵- کوچه :

۶- پلاک :

۷- مدت سکونت :

سال

استان :

/ شهرستان :

(در صورتیکه مدت سکونت در این مکان ۱۰ سال و بیشتر باشد فقط در این ستون { ۷ } ثبت می شود .)

۸- مدت سکونت :

سال :

استان :

/ شهرستان :

در صورتیکه مدت سکونت در این مکان ردیف ۷ از ۱۰ سال کمتر باشد در ستون ۷ و ۸ مدت سال های سکونت ثبت می شود .

۹- تلفن بیمار :

کد :

۱۰- بیمارستان / بخش / کلینیک / درمانگاه /
مطب / :

پزشک (نمونه بردار) :

تلفن :

کد مدرک : ۱۵۳-۵-ج