|  |  |
| --- | --- |
| **شماره ارجاع: ..........**  **تاريخ ارجاع: ...........**  **نوع ارجاع: ............**  **نام و نام خانوادگي:**  **..................................**  **نام پدر: ...................**  **ارجاع به متخصص/**  **فوق تخصص:**  **.................................** | **تاریخ:** ............................... **فرم ارجاع دانش آموز به متخصص/ فوق تخصص نوع ارجاع: ............ شماره ارجاع:** .....................  دانشگاه/ دانشكده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني: ..................................................... شهرستان: ................................................ روستايی: .....................................  **از: مرکز سلامت جامعه/** .............................................................................. **به: متخصص/ فوق تخصص محترم**  ...............................................................................  **از آقای/ خانم** ............................................................ **فرزند** .........................  **سن** ........................ **معاینه به عمل آمد و با توجه به مشکل** ................................. ............................................................................................................................ **جهت تشخیص و اخذ دستورات لازم حضورتان معرفی می گردد.**  **مهر و امضای پزشک مرکز سلامت جامعه**  **تاریخ:** .........................  **\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***  **نتايج معاينات پزشك متخصص/ فوق تخصص**  **از دانش آموز معاينه به عمل آمد، 🞎سالم است 🞎مبتلا به بيماري/ اختلال** ................................................................................................ **مي باشد.**  **توصيه هاي پزشك متخصص/ فوق تخصص و اقدامات لازم** ...........................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  **مهر و امضای پزشک متخصص/ فوق تخصص**  **تاریخ:** ........................ |