|  |  |
| --- | --- |
| **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:** ........................ |