|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ فوت** | **سابقه تماس با فرد مشکوک به آبله مرغان** | **سابقه بیماری زمینه ای** **( نوع بیماری)** | **سابقه سفر داخلی طی یکماه اخیر** | **سابقه سفرخارجی طی** **یکماه اخیر** | **تاریخ بستری** | **تاریخ مراجعه** | **تاریخ شروع علائم** | **تابعیت** | **شغل** | **سن** | **جنسیت** | **نام خانوادگی** | **نام** | **شهرستان** | **دانشگاه** | **ردیف** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |