



دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

University of Medical Science

Medical Center:.

مرکز آموزشی و درمانی:

..... برگ

نام لاتین برگ.....

شماره پرونده:

Registration
Number:

Attending
Physician:

پزشک معالج:

Ward:

بخش:

Name:

نام:

Family
Name:

نام خانوادگی:

Date of
Admission:

تاریخ پذیرش:

Bed:

تخت:

Date of Birth:

تاریخ تولد:

Father's
Name:

نام پدر: