

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شیراز

مرکز آموزشی درمانی/ بیمارستان/ درمانگاه/ کلینیک/ مطب

فرم شماره ۲: فرم گزارش پاتولوژی

شماره نمونه:	تاریخ دریافت گزارش:
نام بیمار: نام خانوادگی: نام پدر:	
سن: جنسیت: ۱. مرد <input type="checkbox"/> ۲. زن <input type="checkbox"/> ۳. نامشخص <input type="checkbox"/>	
محل تولد: استان شهر	
کد ملی: کد پستی:	
کد ملی سرپرست خانوار:	
نوع بیمه: شماره بیمه:	
آدرس دائم: ۱. استان ۲. شهرستان/شهر ۳. روستا	
۴. خیابان ۵. کوچه ۶. پلاک ۷. مدت سکونت	
تلفن بیمار: کد:	
ملیت: ۱- ایرانی <input type="checkbox"/> ۲- غیر ایرانی <input type="checkbox"/> ۳- نامشخص <input type="checkbox"/>	
وضعیت تاهل: ۱- مجرد <input type="checkbox"/> ۲- متاهل <input type="checkbox"/> ۳- مطلقه <input type="checkbox"/> ۴- همسر مرده <input type="checkbox"/> ۵- نامشخص <input type="checkbox"/>	
شغل:	
۱- بازنشسته <input type="checkbox"/> ۲- پزشک <input type="checkbox"/> ۳- خانه دار <input type="checkbox"/> ۴- رادیولوژیست <input type="checkbox"/> ۵- راننده <input type="checkbox"/> ۶- رفتگر <input type="checkbox"/> ۷- صیاد ماهی <input type="checkbox"/> ۸- قالیباف <input type="checkbox"/>	
۹- کارگر در تماس با مواد شیمیایی <input type="checkbox"/> ۱۰- کارگر ساختمانی <input type="checkbox"/> ۱۱- کارگر صنعتی <input type="checkbox"/> ۱۲- کارگر معدنی <input type="checkbox"/> ۱۳- کارمند <input type="checkbox"/> ۱۴- کاسب <input type="checkbox"/>	
۱۵- کشاورز <input type="checkbox"/> ۱۶- معلم <input type="checkbox"/> ۱۷- مهندس <input type="checkbox"/> ۱۸- نجار <input type="checkbox"/> ۱۹- نقاش ساختمانی <input type="checkbox"/> ۲۰- سایر <input type="checkbox"/>	
بیمارستان/بخش: پزشک (نمونه بردار) تلفن:	

مهر و امضا پاتولوژیست: