وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ گزارش رادیولوژی

RADIOLOGY REPORT SHEET

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق: Bed: تخت:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:

Previous X-Ray Exam: رادیوگرافی قبلی داشته: NO ☐ خیر Yes ☐ بلی	Kind of Adm.: نوع پذیرش: سرپایی ☐ O.P.D. بستری ☐ Hosp. اورژانس ☐ Emergency	Sex: جنس: Male ☐ مذکر Female ☐ مونث

History & Clinical Symptoms and Temporary Diagnosis: تاریخچه و علائم بالینی وتشخیص موقت:	Type of Requested Radiography: نوع رادیوگرافی درخواستی:

Number of Films: تعداد فیلم :	Date of Report: تاریخ تنظیم :	Radiology File No: شماره رادیولوژی:

گزارش و نظریه رادیولوژیست:

نام و امضاء رادیولوژیست: