سن:	دفعات بستری:	جنسیت:	ودیعه:	تاهل:	مدت اقامت:	مذهب:	علت مراجعه:	محل تولد:	شغل:	تشخیص اولیه:	محل کار:	آدرس:	پزشک معالج:	
محل حادثه:	نوع پذیرش:	منطقه حادثه:	نوع تخصص:	نوع حادثه:	نوع بیمه:	نتیجه حادثه:	گروه بیمه:	وضع بیمار هنگام ورود:	ارجاع شده از:	نوع وسیله‌ی نقلیه:	کاربر:	پذیرش	پزشک بستری کننده:	
همراه:	تاریخ تولد:	بخش:	شماره پرونده:	نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره	سن:	محل تولد:	محل صدور:	جنسیت:	تاهل:	مذهب:	
ترخیص شده:	کد ملی:	گلوبال:	شغل	محل کار:	نوع بیمه:	شماره بیمه:	بیمه مکمل:	شماره بیمه مکمل:	مشکل بالینی:	شماره تخت:	آدرس همراه:	ارجاع شده از:		
تاریخ پذیرش:	وضعیت بیمار:	کاربر:	نوع وسیله نقلیه:	علت مراجعه:	منطقه حادثه:	محل حادثه:	نوع حادثه:	نتیجه حادثه:	وضع بیمار هنگام ورود:	تشخیص اولیه:	مبلغ تخفیف :	گروه بیمه:		
ساعت پذیرش:	ارسال شده به سپاس	تخفیف‌دهنده :	تاریخ اعتبار:	نسبت با بیمه شده اصلی:	سهم سازمان:	سهم بیمه مکمل :	سقف‌پرداخت‌ب	سقف‌پرداخت‌بیمه مکمل:	سهم بیمار:	شماره برگه بیمه:	کل صورتحساب:	مابه‌التفاوت:		
ت. حین درمان:	ت. نهایی ۱	ت. نهایی ۲	ت. نهایی ۳	ت. نهایی ۴	ت. نهایی ۵	ت. نهایی ۶	ت. نهایی ۷	تاریخ پذیرش(نسخه):	ساعت پذیرش:					
ت.خارجی	ت. عمل ۱	ت. عمل ۲	ت. عمل ۳	ت. عمل ۴	ت. عمل ۵	ت. عمل ۶	ت. عمل ۷	تاریخ مراجعه:	ساعت مراجعه:					
نوع فوت:	علت اصلی فوت:	علت زمینه فوت:	تاریخ فوت:	درصد اشغال تخت در بخش	درصد بیمه ها در قسمت های	درصد جراح	مبالغ تخت ها	کداستاندارد خدمت:						
جمع کل تخت روز	متوسط اقامت بیمار:	تعداد تخت اشغالی:	تعداد تخت موجود:	تعداد کل بیماران:										
نام پزشک:	جنسیت پزشک:	نظام پزشکی:	سطح:	فعال یا غیرفعال:	تخصص:	نام عمل:	کمک جراح:	ساعت شروع عمل:	بها گلوبال:	شماره عمل:	احتساب بیهوشی:	احتساب عمل:	k جراحی	
نام خدمت :	مبلغ خدمت :	تاریخ انجام خدمت:	پزشک خدمت دهنده :	تخفیف دهنده :	مبلغ تخفیف :	نوع عمل:	شماره اتاق	ساعت شروع بیهوشی:	گلوبال	تخفیف جراح:	تخفیف کمک	k بیهوشی	k جراحی گلوبال	
گزارش	دستیار بیهوشی	تکنسین بیهوشی	رتبه عمل	ارجاع شده از	نام گروه	جراح:	متخصص	ساعت پایان عمل:	ساعت پایان بیهوشی:	اتوپسی	مبلغ جراحی:	مبلغ بیهوشی:	k بیهوشی گلوبال	
نام فروشنده:	نام کاربرداز:	شرکت فروشنده:	تاریخ سفارش:	تاریخ فاکتور:	تاریخ رسید:	نوع خرید:	نوع رسید:	شماره فاکتور:	شماره سند:	مبلغ خرید:	حواله دهنده:	درخواست‌کننده	شماره حواله:	
حواله گیرنده:	تایید کننده:	تاریخ حواله:	موجودی اقلام	شمار ردیف حواله:	مبلغ خرید:	مبلغ فروش:	نوع کالا:	مشخصه کالا:	گروه دارو:					
قیمت کالا:	کمترین بهای فروش	بیشترین بهای فروش												
نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره ملی	شماره بیمه	سن:	جنسیت	زمان انجام	درمانگاه	نام گروه	اقدام کننده	دستیار	ملاحظات بیمار	بخش و تاهل	
پرداختی	تاریخ مراجعه:	تاریخ پذیرش:	ساعت پذیرش:	ساعت مراجعه:	بها:	شماره ویزیت	چاپ	نوع تخصص	اصلاح	کاربر	شرح	کمک رسان	بهای دولتی	
نوع دفترچه	سطح	مابه‌التفاوت	مبلغ تخفیف											