



توصیه برای انجام آزمایشات پزشکی

نام وسط	نام	نام خانوادگی	نام دانش آموز:	تاریخ:
			تاریخ تولد:	جنسیت:
			<input type="checkbox"/> مؤنث	<input type="checkbox"/> مذکر
والدین یا سرپرستان:				
کد پستی	ایالت	شهر	خیابان	آدرس:
والدین یا سرپرستان:				
<p>▪ لطفاً در باره موارد زیر با پزشک یا دندان پزشک تان صحبت کنید:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>▪ بعد از انجام آزمایش و گزارش کردن نتایج حاصله و توصیه های لازم بطور حرفه ای در قسمت پائین این فرم، لطفاً فرم تکمیل شده را بمرسه برگردانید.</p> <p>مدیر مدرسه یا نماینده او _____ مدرسه _____</p>				
خدمات بهداشتی (پزشکی)				
متخصص آزمایش کننده:				
<p>▪ لطفاً نتایج آزمایشات/معالجات/توصیه ها را گزارش نمائید.</p> <p>▪ فرم تکمیل شده را به والدین یا سرپرستان برگردانید تا بمرسه فرستاده شود.</p> <p>نتیجه آزمایشات (تشخیص): _____</p> <p>_____</p> <p>معالجات: _____</p> <p>لطفاً یکی را علامت بزنید: <input type="checkbox"/> قابل انتقال است <input type="checkbox"/> غیر قابل انتقال است</p> <p>تا این تاریخ بمرسه برگردانیده شود (date) _____</p>				
			مدرک تخصصی:	متخصصی که آزمایش کرده است:
			امضاء:	تاریخ: