

برگ دستورات پزشک

| نام: | | نام خانوادگی: | | شماره پرونده : | |
|--------------|------------|---------------|--|----------------|-------|
| تاریخ پذیرش: | | تاریخ تولد: | | نام پدر: | |
| امضاء پرستار | امضاء پزشک | دستورات | | ساعت | تاریخ |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |