

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
 دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرستان مراغه  
 پرونده سرپائی درمانگاه مراقبت تخصصی دیابت



تاریخ: ..... بیمه: ..... نوع بیمه: [ ]  
 شماره پرونده [ ] شماره بیمه [ ]

نام ..... نام خانوادگی ..... نام پدر ..... کدملی .....  
 تاریخ تولد: جنس: مذکر  مونث  محل تولد: شغل: وضعیت تأهل: تحصیلات:

آدرس: .....

تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: .....

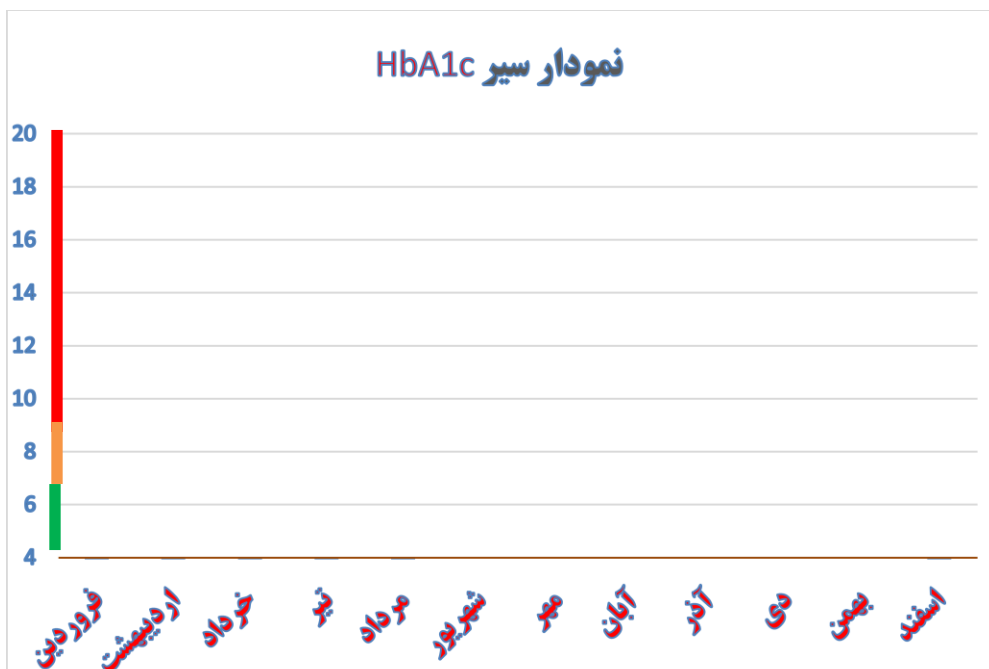
داروهای مصرفی: (دوز و تاریخ شروع دارو):

سابقه بیماری دیابت: بیمار جدید:  سابقه ..... سال

سابقه بیماریهای غیر از دیابت:

سابقه فامیلی:  دیابت  قلبی عروقی  HTN  چاقی

نمودار سیر HbA1c:



نام و امضاء متصدی پذیرش درمانگاه

نام وامضاء پزشک معالج	شرح حال بیمار	تاریخ

نام وامضاء پزشک معالج	سیر بیماری	تاریخ



آزمایشات

نمونه ادرار	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:
RBC:				
Glucose:				
Keton:				
WBC:				
SG/Specific Gravity:				
Protein:				
Alb/crRatio:				
<b>نمونه خون</b>				
HbA1C:				
FBS:				
BS 2hpp:				
AST:				
ALT:				
TG:				
LDL:				
Chol:				
HDL:				
Cr:				
BUN:				