

بسمه تعالی

# برگه بیماران درمان جامع



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
مازندران

نام و نام خانوادگی:

شماره دانشجویی:

بخش تشخیص:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی بیمار:

سن:

جنس:

بیماری سیستمیک:

داروهای مصرفی:

طرح درمان:

تایید استاد (مهر و امضا):

بخش پریو

تاریخ:

گزارش فعالیت انجام شده:

نمره دانشجو:

تایید استاد (مهر و امضا):

بخش جراحی

تاریخ:

گزارش فعالیت انجام شده:

نمره دانشجو:

تایید استاد (مهر و امضا):

**بخش اندو**

تاریخ:

گزارش فعالیت انجام شده:

نمره دانشجو:

تایید استاد(مهر و امضا):

**بخش ترمیمی**

تاریخ:

گزارش فعالیت انجام شده:

نمره دانشجو:

تایید استاد(مهر و امضا):

**بخش پروتز**

تاریخ:

گزارش فعالیت انجام شده:

نمره دانشجو:

تایید استاد(مهر و امضا):

**نمره نهایی:**

تایید استاد(مهر و امضا):

بسمه تعالی

برگه ی حضور و غیاب دانشجوی بخش درمان جامع



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
مازندران

شماره دانشجویی:

نام و نام خانوادگی:

استاد مربوط:

ردیف	تاریخ	فعالیت انجام شده	مهر و امضا استاد
۱	/ /		
۲	/ /		
۳	/ /		
۴	/ /		
۵	/ /		
۶	/ /		
۷	/ /		
۸	/ /		
۹	/ /		
۱۰	/ /		
۱۱	/ /		
۱۲	/ /		
۱۳	/ /		
۱۴	/ /		

ردیف	تاریخ	فعالیت انجام شده	مهر و امضا استاد
۱	/ /		
۲	/ /		
۳	/ /		
۴	/ /		
۵	/ /		
۶	/ /		
۷	/ /		
۸	/ /		
۹	/ /		
۱۰	/ /		
۱۱	/ /		
۱۲	/ /		
۱۳	/ /		
۱۴	/ /		
۱۵	/ /		
۱۶	/ /		
۱۷	/ /		

ردیف	تاریخ	فعالیت انجام شده	مهر و امضا استاد
۱	/ /		
۲	/ /		
۳	/ /		
۴	/ /		
۵	/ /		
۶	/ /		
۷	/ /		
۸	/ /		
۹	/ /		
۱۰	/ /		
۱۱	/ /		
۱۲	/ /		
۱۳	/ /		
۱۴	/ /		
۱۵	/ /		
۱۶	/ /		
۱۷	/ /		

