

Physical Examination & Clinical Investigation (Continued):

معاینات بدنی و بررسیهای اولیه بالینی (ادامه):

Eyes: <input type="checkbox"/>	↓ ↓ ↓	<input type="checkbox"/>	چشم:
Nose: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	بینی:
Mouth: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	دهان:
Throat: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	گلو:
Neck: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	گردن:
Lymph Nodes: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	غدد لنفاوی:
Chest: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	قفسه سینه:
Breast: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	پستان:
Heart: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	قلب:
Lung: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ریه:
Vessels: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	عروق:
Abdomen: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	شکم:
Genital Organ (Male): <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (مذکر):
Genital Organ (Female): <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (مؤنث):
Rectum: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	مقعد:
Nervous System: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	اعصاب:
Extremities: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	اندامها (فوقانی، تحتانی):
Bones-Joints-Muscles: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	استخوان-مفاصل-عضلات:

لطفاً تمامی اعضاء تا پایان برگه چک شود.

در صورت وجود بیماری یا نقص در اعضای بدن در مقابل آن توضیح داده شود و در غیر اینصورت با علامت * مشخص شود.

توضیح: در صورت وجود بیماری یا نقص و هر علامت دیگر در دستگانهایی فوق در مقابل آن توضیح داده شود و در غیر اینصورت با علامت مشخص گردد.NOTE: In case of abnormalities in any organ please explain in front of it, other wise please mark with

SUMMARY: خلاصه: مهر رزیدنت نام و امضای اینترن

با ذکر تاریخ و ساعت تکمیل برگه

Primary DX: تشخیص اولیه:

Signature of Examining Physician: امضاء پزشک معاینه کننده: