



دستورالعمل برای واکسیناسیون کودکان
دختر، مرد و زن

واکسیناسیون کودکان و نوجوانان

اطلاعات عمومی

نام و نام خانوادگی: _____

تاریخ تولد: _____

شماره شناسنامه: _____

شماره کارت ملی: _____

* این دستورالعمل برای واکسیناسیون کودکان و نوجوانان در مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز واکسیناسیون دولتی و خصوصی است.

اطلاعات تماس

شماره تلفن: _____

آدرس: _____

شماره همراه: _____

شماره فکس: _____

اطلاعات پزشکی

نام پزشک: _____

تخصص: _____

آدرس: _____

شماره تلفن: _____

شماره همراه: _____

شماره فکس: _____

شماره ایمیل: _____

شماره پست الکترونیک: _____

توجه: در صورتی که بیمار دارای بیماری مزمن یا شرایط خاص باشد، لطفاً این موارد را در بخش توضیحات ذکر کنید.

توضیحات

- در صورتی که بیمار دارای بیماری مزمن یا شرایط خاص باشد، لطفاً این موارد را در بخش توضیحات ذکر کنید.
- در صورتی که بیمار دارای بیماری مزمن یا شرایط خاص باشد، لطفاً این موارد را در بخش توضیحات ذکر کنید.

در صورتی که بیمار دارای بیماری مزمن یا شرایط خاص باشد، لطفاً این موارد را در بخش توضیحات ذکر کنید.

نام و نام خانوادگی: _____

نام و نام خانوادگی: _____

تاریخ تولد: _____

شماره شناسنامه: _____

شماره کارت ملی: _____