



معاونت درمان
فرم تلفیق دارویی

شماره پرونده:		کد پذیرش:	
نام خانوادگی:	نام:	بخش بستری:	پزشک معالج:
نام پدر:	تشخیص:	بیماری زمینه ای:	سابقه حساسیت غذایی دارویی و ...:
داروهای در حال مصرف (منزل)		داروهای تجویز شده (بیمارستان)	
توضیحات			

پزشک معالج بیمار

امضا و تاریخ

پزشک داروساز

امضا و تاریخ