

پرونده سیستمیک ۳ و ۴ گروه بیماری های دهان و فک و صورت

شماره دانشجویی:

نام دانشجو:

شماره پرونده:

بیمار ۱:

شکایت اصلی:

نام و نام خانوادگی:

سابقه پزشکی:

سابقه دارویی:

ملاحظات دندانپزشکی:

تجربه بالینی که در مدیریت بیمار کسب کرده اید:

شماره پرونده:

بیمار ۲:

شکایت اصلی:

نام و نام خانوادگی:

سابقه پزشکی:

سابقه دارویی:

ملاحظات دندانپزشکی:

تجربه بالینی که در مدیریت بیمار کسب کرده اید:

امضای استاد:

نمره دانشجو: