مرکز بهداشت شهرستان.....

مرکز جامع خدمات سلامت,..... سه ماهه.....

سال.....

امضاء و تاریخ تکمیل فرم شماره 6

علت مراجعه گروه سنی	پایین بودن امتیاز ارزیابی الگوی تغذیه	کم خونی	کوتاه قدی	کم وزنی	لاغری)	اضافه وزن	چاقی	دیابت	فشار خون بالا	دیس لیپید می	جمع کل
6-0 سال											
18-6 سال											
29-19 سال											
59-30 سال											
60 سال به بالا											
مادر باردار											
جمع کل											

مرکز بهداشت بم