

حکومتی ہریمی کورستان

تہ خوشخانہی رزگاری فیرکردن

وزارہتی تہندروستی

**C.T.SCAN FORM**

نہرمانگہی تہندروستی ہولیر

<b>Patient's Name:</b>	
<b>Date of birth:</b>	<b>Sex:</b>
<b>L.M.P.(females in reproductive age):</b>	
<b>History of allergy:</b>	
<b>Part to be examined:</b>	
<b>Short clinical notes:</b>	
<b>Provisional diagnosis:</b>	
<b>Referring doctor:</b>	<b>signature:</b>

