



فرم نیازسنجی آموزشی بیماران و همراهان

مشخصات دموگرافیک			
نام بیمار:	سن:	جنس:	
علت بستری:	میزان تحصیلات:	شهر یا روستای محل سکونت:	
لطفاً از بین موارد ذکر شده، مواردی را که فکر می کنید در مورد آنها نیاز به دریافت آموزش دارید را انتخاب کنید:			
<input type="checkbox"/> میزان فعالیت و حرکت در بخش	<input type="checkbox"/> نوع تغذیه	<input type="checkbox"/> مصرف دارو	<input type="checkbox"/> بیماری فعلی تان
<input type="checkbox"/> پیگیری های پس از ترخیص (زمان، مکان و استحمام...)	<input type="checkbox"/> مراقبت از خود	<input type="checkbox"/> ساعات ملاقات	<input type="checkbox"/> همه موارد
مراجعه کننده محترم لطفاً مواردی را که نیاز دارید تا در قالب برنامه آموزشی، به شما آموزشهای لازم داده شود را در این قسمت یادداشت فرمایید:			
همراه بیمار: لطفاً مواردی را که نیاز دارید تا در قالب برنامه آموزشی، به شما آموزشهای لازم داده شود را در این قسمت یادداشت فرمایید:			
نظر سرپرستار:			