

فرم شماره ۴ الف

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم پرسشگری از مشکلات سلامت مردم

نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت نام خانه بهداشت تاریخ جلسه:

• شما خودتان چه مشکلات سلامتی دارید و در محل سکونت و زندگی (روستا / محله / شهر) شما چه مشکلات سلامتی وجود دارد؟

۱-

۲-

۳-

۴-

۵-

۶-

۷-

۸-

.

.

.

.

.

.

.

.

