دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

معاونت بهداشتي

فرم اطلاعاتی زنان باردار و زنان شیرده تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی...................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام پایگاه بهداشتی/ خانه بهداشت** | **تعداد زنان باردار****(طی یک سال)** | **تعداد زنان شیرده****(موالید سال ...)** |
| **1-** |  |  |
| 2- |  |  |
| 3- |  |  |
| 4- |  |  |
| 5- |  |  |
| 6- |  |  |
| 7- |  |  |
| **جمع کل** |  |  |