

نام	نام خانوادگی	شماره پرسنلی	شماره تلفن همراه	شماره تلفن منزل	نام بیماری	ساعت تماس	ارزیابی وضعیت سلامت عمومی	ارزیابی ابتلا به کووید در فرد یا خانواده	ارزیابی وضعیت ریسک فاکتورها	ارزیابی علائم اختصاصی متناسب با بیماری زمینه ای مانند فشار خون ، قند خون و .	ارزیابی وضعیت مصرف دارو	گزارش ارتباط تلفنی با متخصص با ذکر نام و تخصص مربوطه	تغییرات درمانی توصیه شده توسط متخصص مربوطه	مهر و امضاء پزشک