ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
29 травня 2013 року № 435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Код за ЄДРПОУ		**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 047/о** ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України №

Журнал реєстрації функціональних досліджень

Почато «___» _____ 20_____ року

Закінчено «___» _____ 20____ року

Номер з/п	Дата дослідження	Прізвище, ім’я, по батькові хворого, місце проживання	Вік (повних років)	Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров’я (його підрозділу), який направив хворого на дослідження	Номер медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого	Діагноз при направленні	Вид дослідження	Результат дослідження
1	2	3	4	5	6	7	8	9