

បន្ទីរពេទ្យភ្នែកខេត្ត តាកែវ

Takeo Eye Hospital

សិខិតចុះឈ្មោះអ្នកជំងឺ

Registration for Eye Screening



Patient No: **

កាលបរិច្ឆេទ(Date):

ឈ្មោះមណ្ឌលសុខភាព(Name of Health Center):

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ(Name of patient):

ភេទ(Sex):

អាយុ(Age):

អាសយដ្ឋាន(Address):

យោបល់តវ៉ា(Presenting Complain):

V/A ស្តាំ R:

ឆ្វេង L:

រោគវិនិច្ឆ័យ(Diagnosis):

ការចាត់ចែង(Management):

ការផ្តល់អនុសាសន៍(Recommendation):