

KLINIK MIP

Lembar Rawat Inap

Nama :

Perusahaan :

Tanggal Lahir (Umur) :

Jabatan :

Tanggal/Jam	Hasil Pengkajian/Pemeriksaan Dokter	Instruksi Pengobatan /Tindakan	Tanda Tangan dan Nama Terang