**PHIẾU KHÁM BỆNH**

Ngày khám bệnh: ${exam\_date}

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Họ và tên: ${full\_name} |  | Người giám hộ: ${guardian\_name} |
| Ngày sinh: ${dob} |  | Số điện thoại: ${phone} |
| Giới tính: ${gender} |  | Địa chỉ: ${address} |

Triệu chứng bệnh: ${sympton}

Chuẩn đoán: ${prognosis}

Toa thuốc: ${medicine}

Tổng chi phí: ${totalPrice} đ

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Người chuẩn đoán & Kê đơn** |
|  |  |
|  |  |

\*Ghi chú:

${note\_doctor}