

اسم العيادة:

التاريخ:

اسم المريض:

العمر:

● الوصفة الطبية

الدواء	الجرعة	عدد المرات	المدة

● التحاليل / الفحوصات المطلوبة

● ملاحظات الطبيب

اسم الطبيب: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_