SỞ Y TẾ HÀ NỘI **Bệnh viện đa khoa đồng anh**

GIÁY KHÁM CHUYÊN KHOA

Họ tên người bệnh :	Tuổi:Nam/Nữ
Khoa:	Phòng:Giường:
Địa chỉ :	
Chẩn đoán :	
Yêu cầu khám :	
	Ngày tháng năm 20 Bác sĩ điều trị
νέτ ομ ^λ .	Họ tên:
KÉT QUẢ:	
Kết luận (Hướng điều trị)	
	Ngày tháng năm 20 Bác sĩ chuyên khoa

Họ tên: