|  |
| --- |
| **PHIẾU KHÁM BỆNH**  Họ và tên người bệnh: …………………………………………………………………….  Địa chỉ: ……………………………………………………………………………………………  Điện Thoại: ……………………………………………………………………………………..  Mã số khám: …………………………………………………………………………………..  Chuẩn đoán: …………………………………………………………………………………..  Hẹn tái khám vào ngày: ………………………………  Huế, ngày….. tháng….. năm …..  Bác sĩ khám và điều trị |



TRUNG TÂM MEDIA

TRUNG TÂM MEDIA