

PASIEN

- # * ID Pasien
- * Nama
- * Umur
- * Alamat
- * No. Telepon
- * Email
- * ID Asuransi
- * Perusahaan Asuransi

DOKTER

- # * ID Dokter
- * Nama
- * Alamat
- * No. Telepon
- * Spesialisasi
- * Afiliasi Rumah Sakit

RUMAH SAKIT

- # * ID Rumah Sakit
- * Nama
- * Alamat
- * No. Telepon

RESEP OBAT

- # * ID Resep
- * Tanggal diterima
- * Nama Obat
- * Dosis
- * Refillable
- * Efek Samping
- * Manfaat