



شركة الطب الرقمي الطبية

للطب الإلكتروني

طلب تحاليل طبية
Laboratory Request

EMR No:

Patient Name:

AGE:

No	Patient Name	Investigation Name	Note	Doctor Name
1		MRI	mri	Robs

Date: 04-03-2020

Doctor Name: Robs

c o n t a c t u s @ e s t i s h a r h . c o m