

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý:.....⁵

.....

.

.....

.

.....*ngày..... tháng..... năm.....*

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

⁵ Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh