

PHÒNG KHÁM QUỐC TẾ MỸ CHỨNG NHẬN
AMERICAN INTERNATIONAL CLINIC CERTIFIES THAT

Họ tên bệnh nhân:
Patient's name

Ngày sinh:...../...../.....
DOB

Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

MS người bệnh:.....

Gender Male Female Patient ID

Khoa:.....
Dept

Đã đến khám và điều trị tại bệnh viện của chúng tôi, với những thông tin như sau
Visited and received treatment at our hospital, with the following information

1. Ngày khám bệnh:/...../.....
Date of visit

2. Lý do đến khám:
Chief complaint

3. Tóm tắt bệnh sử:
History of present illness

4. Tiền sử bệnh:
Past history

5. Đặc điểm lâm sàng:
Clinical findings

6. Cận lâm sàng được chỉ định:
Para-clinical investigations

7. Chẩn đoán:
Diagnosis

8. Phương pháp và thuốc điều trị:
Treatment and medications

9. Thời gian điều trị:
Treatment period

10. Lời khuyên và theo dõi:
Recommendation and Follow-up:

Diệp K. Fong
30/12/2021

Ngày/ Date __/__/20__

BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ/ ATTENDING DOCTOR

(Họ tên, chữ ký & MSNV)/ (Name, signature & ID)

BS Nguyễn Thị Kiều

