

BỆNH VIỆN QUỐC TẾ MỸ CHỨNG NHẬN  
AMERICAN INTERNATIONAL HOSPITAL CERTIFIES THATHọ tên bệnh nhân: .....  
*Patient's name*Ngày sinh: ...../...../.....  
*DOB*Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ  
*Gender Male Female*MS người bệnh: .....  
*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:*Ngày/ *Date* \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ  
*ATTENDING DOCTOR*  
(Họ tên, chữ ký & MSNV)  
*(Name, signature & ID)*