

Phiếu khám bệnh

Thông tin bệnh nhân

Tên bệnh nhân: Trần Trọng Nghĩa

Tên phòng khám: Phòng khám nội tổng hợp An Bình

Số lượng	Tên người nộp	Số tiền	Lý do nộp
1	Trần Phú Hoài Phong	25.000 VND	Đóng tiền khám bệnh

Chữ ký của bác sĩ điều trị:

Chữ ký của thân nhân:

Ngày tạo toa: 18-11-2023