

# Phiếu khám bệnh

## Thông tin bệnh nhân

Tên bệnh nhân: dsaf

Tên bệnh viện: Bệnh viện Càng Tri Càng Năng!

Số lượng	Tên người nộp	Số tiền	Lý do nộp
1	ádfdasf	25.000 VND	Đóng tiền khám bệnh

Chữ ký của bác sĩ điều trị:

\_\_\_\_\_

Chữ ký của thân nhân:

\_\_\_\_\_

Ngày tạo toa: 18-5-2023