

Cơ quan chủ quản.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

MS: CV-15

Cơ sở KB, CB.....

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /

....., Ngày tháng năm
20.....

GIẤY CHỨNG NHẬN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

I. HÀNH CHÍNH

Họ và tên (*In hoa*):

Ngày sinh:/...../.....

Giới tính: Nam Nữ

Số Căn cước/Hộ chiếu: Ngày cấp:/...../..... Nơi cấp:.....

Địa chỉ cư trú: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường.....

Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố

Mã người bệnh: lưu trữ:

Vào viện ngày...../...../20.....

II. NỘI DUNG CHỨNG NHẬN:

Người bệnh:.....được khám, theo dõi và điều trị nội trú tại:

.....

Lý do vào viện:

.....

.....

Chẩn đoán:

.....

.....

Tình trạng hiện tại: Đang nằm viện

Đã xuất viện ngày/...../20.....

Ghi chú:

Đại diện khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện đơn vị
(Ký, đóng dấu)