

Cơ sở KB, CB.....
Khoa.....

PHIẾU KHÁM CHUYÊN KHOA

MS: PK-02
Mã QR (nếu có)

Kính gửi:.....

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... Nam Nữ

Địa chỉ:
.....

Khoa: Phòng:..... Giường:
.....

Chẩn đoán:
.....

Yêu cầu khám chuyên khoa:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sĩ khám bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)

Kết quả khám chuyên khoa:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sĩ khám bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)