ទម្រង់សង្ខេបនៃការព្យាបាលសម្រាប់មូលនិធិសមធម៌

សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលគាំទ្រដោយមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល

(ក្រីក្រ)

លេខកូដប័ណ្ណក្រីក្រ	កាលបរិច្ឆេទ៖
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖ អាយុ៖ ភេទ៖	ឈ្មោះបុគ្គលិក
អាសយដ្ឋាន៖ ខេត្ត ស្រុក ឃុំ ភូមិ	ហត្ថលេខា

កញ្ចប់សេវាមូលនិធិសមធម៌ – សូមគូសយកចម្លើយតែមួយ

	លេខកូដ SP	ហត្ថលេខាគ្រូពេទ្យព្យាបាល

លេខកូដ SP	ហត្ថលេខាគ្រូពេទ្យព្យាបាល	
		កាលបរិច្ឆេទចូល៖
		ប្រចាំខែ៖
		ប្រចាំត្រីមាស៖

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីសេវាដែលបានផ្តល់ (ត្រូវបំពេញដោយគ្រូពេទ្យព្យាបាល)

សាល	**សេវា**	**កាលបរិច្ឆេទ**

ថ្លៃសេវាអ្នកប្រើប្រាស់ដែលត្រូវបានកំណត់ (បេឡាករ)

ថ្លៃសេវា	**ត្រារបស់បេឡាករ**

កាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យ៖		**ម៉ោង៖**	
ប្រភេទនៃការចេញពីមន្ទីរពេទ្យ៖		**លទ្ធផល៖**	

រោគវិនិច្ឆ័យចូលសម្រាកពេទ្យ ឬលេខកូដ ICD10	**រោគវិនិច្ឆ័យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬលេខកូដ ICD10**
1.	1.
2.	2.
3.	3.

កាលបរិច្ឆេទ៖ ឈ្មោះអ្នកជំងឺ	កាលបរិច្ឆេទ៖ ហត្ថលេខា និងឈ្មោះគ្រូពេទ្យព្យាបាល	កាលបរិច្ឆេទ៖ ហត្ថលេខា និងឈ្មោះរបស់បេឡាករ