



ទម្រង់សង្ខេបនៃការព្យាបាលសម្រាប់មូលនិធិសមធម៌
 សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលគាំទ្រដោយមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល
 (កម្មករនិយោជិកក្រៅប្រព័ន្ធ និងក្រុមគោលដៅអាទិភាពផ្សេងៗទៀត)



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

កញ្ចប់សេវាមូលនិធិសមធម៌ – សូមគូសយកចម្លើយតែមួយ

លេខកូដ SP	ហត្ថលេខាគ្រូពេទ្យព្យាបាល

លេខកូដ SP	ហត្ថលេខាគ្រូពេទ្យព្យាបាល

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