

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ / Patient Information

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកជំងឺ / Full Name:		ភេទ / Sex:
លេខសមាជិក / Membership Number:	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ / National ID Number:	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត / Date of Birth: DD / MM / YYYY	អាយុ / Age:	លេខទំនាក់ទំនង / Contact Number:

ព័ត៌មានពេទ្យ / Medical Information

សញ្ញាជីវិត / Vital signs:

T° (សីតុណ្ហភាព)..... °C BP (សម្ពាធឈាម)..... mmHg O₂ sat (កម្រិតអុកស៊ីសែនក្នុងឈាម)..... %

HR (ចង្វាក់បេះដូង)..... beats/mn RR (ចង្វាក់ដង្ហើម)..... /mn BS (កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាម)..... mg/dl

សញ្ញាតំអូញ / Chief complain:

ប្រវត្តិនៃជំងឺបច្ចុប្បន្ន / History of present illness:

រោគវិនិច្ឆ័យ / Diagnosis:

ការវះកាត់ (ប្រសិនបើមាន) / Surgical procedure, if any:

ព័ត៌មានចំនួនទឹកប្រាក់ និង សេចក្តីប្រកាស / Financial Information and Declaration

ចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលត្រូវបានទាមទារ៖ US\$ Total Amount Claimed:	ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានទទួលពីអ្នកជំងឺ៖ US\$ Amount Received from Patient:
--	---

<p>សេចក្តីប្រកាសរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល ឬវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់ Declaration of Physician / Surgeon</p> <p>ឈ្មោះពេញ / Full Name:</p> <p>កាលបរិច្ឆេទ / Date: DD / MM / YYYY</p> <p>ហត្ថលេខាវេជ្ជបណ្ឌិត និងត្រាមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក Signature of Doctor and Stamp of Hospital or Clinic</p>	<p>សេចក្តីប្រកាសរបស់អ្នកជំងឺ ឬអ្នកថែទាំអ្នកជំងឺ Declaration of Patient / Patient's Guardian</p> <p>ឈ្មោះពេញ / Full Name:</p> <p>កាលបរិច្ឆេទ / Date: DD / MM / YYYY</p> <p>ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ ឬអ្នកថែទាំអ្នកជំងឺ Signature of Patient or Patient's Guardian</p>
--	--