

သွေးလွန်တုပ်ကွေးရောဂါဖြင့် ဆေးရုံတက်လူနာသတင်းပေးပို့မှုပုံစံ

ဆေးရုံအမည်-

ရက်စွဲ-

စဉ်	ဆေးရုံတက် ရက်စွဲ	လူနာအမည်	အသက်	ကျား/ မ	မိဘအမည်	နေရပ်လိပ်စာ	ဖုန်းနံပါတ်	ရောဂါ အဆင့်	မှတ်ချက် (ကျောင်းသားဖြစ်ပါက ကျောင်းအမည်/အတန်း)

Handwritten mark