

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

លិខិតបញ្ជាក់វេជ្ជសាស្ត្រ

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ.....ជាវេជ្ជបណ្ឌិតផ្នែក.....នៃមន្ទីរពេទ្យ
ប្រមណ្ឌលសុខភាព.....មានទីតាំងស្ថិតនៅផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....ឃុំសង្កាត់.....
ស្រុក/ខណ្ឌ.....ខេត្ត/រាជធានី..... ។

សូមបញ្ជាក់ថាពិតជាបានពិនិត្យនិងព្យាបាល៖

អ្នកជម្ងឺឈ្មោះ.....ភេទ.....អាយុ.....សញ្ជាតិ.....
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត.....អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្នផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....ឃុំសង្កាត់.....
ស្រុក/ខណ្ឌ.....ខេត្ត/រាជធានី.....

I. ប្រវត្តិរបស់ជម្ងឺ ៖

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

ប្រវត្តិសារពាររបស់អ្នកជម្ងឺ៖

-
-

II. ស្ថានភាពជម្ងឺពេលសំរាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ប្រមណ្ឌលសុខភាព៖

1. អ្នកជម្ងឺបានចូលសំរាកពេទ្យ ឬពិនិត្យលើកដំបូង៖ ថ្ងៃ.....ខែ.....ឆ្នាំ.....

- មូលហេតុនៃការចូលសម្រាកពេទ្យ ឬពិនិត្យលើកដំបូង៖
.....
.....
- រោគវិនិច្ឆ័យនៅពេលចូលសម្រាកពេទ្យ ឬពិនិត្យលើកដំបូង៖
.....
.....

2. អ្នកជម្ងឺបានចូលសំរាកពេទ្យ ឬពិនិត្យចុងក្រោយ៖ ថ្ងៃ.....ខែ.....ឆ្នាំ.....

- មូលហេតុនៃការចូលសម្រាកពេទ្យ ឬពិនិត្យចុងក្រោយ៖
.....
.....
- រោគវិនិច្ឆ័យនៅពេលចូលសម្រាកពេទ្យ ឬពិនិត្យចុងក្រោយ៖
.....
.....

III. សេចក្តីសន្និដ្ឋានរបស់គ្រូពេទ្យ៖

.....
.....
.....
.....
..... ។

ធ្វើនៅ.....ថ្ងៃ.....ខែ.....ឆ្នាំ.....

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃគ្រូពេទ្យព្យាបាល

ឈ្មោះ.....