

病歷編號

就診日期: 年 月 日 <u>AM/PM</u>		聯絡電話:		
姓名:	年齡:	性別:	婚姻狀況:	職業:
主訴:				
現病史:				
既往史:		過敏史:	傳染病史:	
		手術史:	其他:	
四診情況:				
舌診舌色 苔 面色 脈象				
其他檢查:				
診斷:		病名:	證型:	
治療:				
處方:		藥物:		
醫囑:				
		醫生簽名:	日期:	