

Doctor Prescription الوصفة الطبية

Visit Date :	_____	Age : _____	Sex : _____	: تاريخ الزيارة
Patient File :	_____			: رقم ملف المريض
Patinet Name :	_____			: اسم المريض
Clinic or ward :	_____			: العيادة أو القسم
Company :	_____			: الشركة
ID No :	_____			: رقم البطاقة
Diagnosis :	_____			: التشخيص

Item Code	Item Name	Qty	Prescription	Start Date	End Date

Doctor Name :	_____	: اسم الطبيب
Speciality :	_____	: التخصص
Signature :	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>	: التوقيع