

RUMAH SAKIT ISLAM ASSHOBIRIN

**L E M B A R A N
P O L I K L I N I K**

**NAMA :
RUANGAN :
NO.RMK :**

**UMUR :
KLS :**

(TULISAN NAMA KLINIK, TGL, JAM DAN NAMA DOKTER YANG MEMERIKSA)

PENGOBATAN/ANJURAN

--	--