

ЛИСТ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ

ФИО больного _____

Дата рождения _____ Масса тела _____

Диагноз: _____

№ истории болезни _____ № палаты _____ Отделение _____

	Дата назнач.	Дата отмены		Дата назнач.	Дата отмены
	Подпись врача	Подпись врача		Подпись врача	Подпись врача
Режим			Наружные средства		
Диета					
Внутренние средства			Физиотерапия		
Инъекции			ЛФК		

