

১১৮০৮০৮

বাংলাদেশ ফরম নং-৭৬৯

বহিঃবিভাগীয় রোগীর টিকিট

হাসপাতাল/কেন্দ্র
 রেজিঃ নম্বর তারিখ
 নাম বয়স
 ঠিকানা
 রোগ

তারিখ	চিকিৎসা
১৮ইল অলসিয়ন ১. L/A.	<p><u>Rx.</u></p> <p>Cap Flucloz 500mg ০+০+০+০-৭দিন Cef 3DS</p> <p>Cap 400mg 400mg ০+০+০-৭দিন</p> <p>Tab Solivo 600mg ০+০+০-৭দিন</p> <p>Povisep ointment কুতস্কামন লাগানোর- ৩ বোলা- ৭দিন.</p>
<p><u>Adv:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> বিস্রামে খাওয়ার ৭দিন ২দিন পর পর ভ্রুশিং করবেন. সেখানে নিম্নে foot bath দিনে. 	

নং সম(বাঃবাঃকোঃ)/ভেটিং/ফ-৪১/৮৯-৪৩৪৫, তাং ১৯-৮-৮৯ইং

বাঃ নিঃ মুঃ-৫৮/২০২২-২৩, ২কোটি কপি, মুদ্রণাদেশ নং-৩৩/২০২২-২৩।