

就诊日期：                      科室：                      姓名：                      性别：                      年龄：                      门诊号：

---

主     诉：

现 病 史：

既 往 史：

中医四诊：

体格检查：

辅助检查：

诊     断：

治     法：

就诊日期：                      科室：                      姓名：                      性别：                      年龄：                      门诊号：

---

治疗意见：

医生签名：