

51258

বাংলাদেশ ফরম নং ৭৬৯

স্বাস্থ্যবিভাগীয় রোগীর টিকিট

27 APR 2024

হাসপাতাল/কেন্দ্র

রেজিঃ নম্বর তারিখ

নাম *G.M. Rashed* পুরুষ/মহিলা

ঠিকানা *৩৬৩*

পিতা

| তারিখ | চিকিৎসা |
|------------------|--------------------------------|
| <i>□ Dianial</i> | <i>Tab. Zimax 500 ৫ দিন</i> |
| | <i>২+০+০</i> |
| <i>BP-80/100</i> | <i>Tab. Flaxid 400mg ৭ দিন</i> |
| | <i>২+১+১</i> |
| | <i>ORS — ৬ দিন</i> |
| | <i>Motigut ৫ দিন</i> |

[Signature]

নং সম(বাঃবারকোঃ)/ডেটিং/ফ-৪১/৮৯-৪৩৪৫, তাং ১৯-৮-৮৯ইং

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