-

_____

_____

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

Фамилия _____

Имя _____ **Отчество** _____

_____ _____

_____

Терапевта

_____

_____

_____

_____

Фтизиатра

_____

_____

_____

Онколога

_____

_____

Дерматовенеролога

_____

_____

Заключение ВКК психоневрологического учреждения

-

Данные анализа на кишечную группу

_____

Дифтерию

_____

ВИЧ – инфекцию

_____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

_____

_____

_____ _____ _____