

KEPINGAN CAJ HOSPITAL

Tandakan (√) di kotak yang berkenaan

BAHAGIAN A — Butir-butir Diri Pesakit		(Untuk Diisi oleh Bahagian Daftar Masuk)													
1. No. Daftar <input type="text"/>	2. Tarikh Masuk <input type="text"/>	3. Masa <input type="text"/> * pg/ptg.													
4. Nama <input type="text"/> <input type="text"/>		5. No. Kad Pengenalan <input type="text"/>													
6. Jantina <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P	7. Umur <input type="text"/>	8. Status <input type="checkbox"/> Percuma <input type="checkbox"/> Kerajaan <input type="checkbox"/> Pesara <input type="checkbox"/> Bayar													
9. Alamat Sekarang <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Lain-lain (nyatakan) <input type="text"/>													
12. Jumlah Wang Cagaran RM <input type="text"/>		10. No. Wad <input type="text"/>	11. Kelas <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>1A</td><td>1B</td><td>1C</td><td>1D</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1A	1B	1C	1D	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1A	1B	1C	1D	2	3										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
13. No. Resit <input type="text"/>	Tarikh <input type="text"/>	14. Tandatangan Pembantu Perubatan/ Kerani Nama:													

BAHAGIAN B — Butir-butir Wad		(Untuk Diisi oleh Wad)													
15. Bertukar Wad		No. Wad	Kelas												
a. Tarikh <input type="text"/>	Masa <input type="text"/> *pg/ptg.	<input type="text"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>1A</td><td>1B</td><td>1C</td><td>1D</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1A	1B	1C	1D	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1A	1B	1C	1D	2	3										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
b. Tarikh <input type="text"/>	Masa <input type="text"/> *pg/ptg.	<input type="text"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>1A</td><td>1B</td><td>1C</td><td>1D</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1A	1B	1C	1D	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1A	1B	1C	1D	2	3										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
16. Ibu/Penjaga Mengiringi Anak *Ya/Tidak		17. *Keluar Wad/Meninggal Dunia Tarikh <input type="text"/> Masa <input type="text"/> *pg/ptg.													

BAHAGIAN C — Butir-butir Rawatan		(Untuk Diisi oleh Wad)	
a. Ujian Makmal (Nyatakan bilangan ujian dalam setiap kumpulan)	Tarikh	<input type="text"/>	Jumlah
	Kumpulan A	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	B	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	E	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	F	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	G	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	H	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Potong mana yang tidak berkenaan

b. Pemeriksaan Radiologi (Kod A-AE)

Tarikh						
Kod						

c. Fisiotherapi (Kod A-S)

Tarikh						
Kod						

d. Radiotherapi dan Perubatan Nuklear (Kod A-H)

Tarikh						
Kod						

e. Nefrologi (Kod A-I)

Tarikh						
Kod						

f. Kardiologi (Kod A-E)

Tarikh						
Kod						

g. Oftalmologi (Kod A-D)

Tarikh						
Kod						

h. Telinga, Hidung dan Kerongkong (Kod A-E)

Tarikh						
Kod						

i. Pergigian (Kod A-R)

Tarikh						
Kod						

j. Anggota Tiruan (Kod A-AAG)

Tarikh						
Kod						

k. Neurologi E.E.G

Tarikh						
--------	--	--	--	--	--	--

l. Rawatan Psikiatrik

Tarikh						
--------	--	--	--	--	--	--

m. Accouchmen dan Bersalin

Caesarean	Forcep	Breech	Biasa

n. Kegunaan Protesis

Pacemaker	Heart Valve	Electrical Bone Stimulator

o. Pembedahan

Jenis	A	B	C	D	E	F

p. Penyakit-Penyakit Berjangkit (Kod A-X)

Kod			
-----	--	--	--

Tandatangan Ketua Jururawat/
Jururawat Terlatih/
Pegawai yang Menjaga Wad

.....
Nama:

Nama Pesakit

No. Bil.....

No. Daftar (R/N)

BAYARAN HOSPITAL

<i>Perihal</i>	<i>Amaun</i>	<i>Catatan</i>
1. Bayaran Wad		
2. Caj Rawatan		
3. Ujian Makmal		
4. Pemeriksaan Radiologi		
5. Fisiotherapi		
6. Radiotherapi dan Perubatan Nuklear		
7. Nefrologi		
8. Kardiologi		
9. Oftalmologi		
10. Telinga, Hidung dan Kerongkong		
11. Pergigian		
12. Anggota Tiruan		
13. Neurologi E. E. G		
14. Rawatan Psikiatrik		
15. Accouchmen dan Bersalin		
16. Kegunaan Prostesis		
17. Pembedahan		
18. Pelbagai		
	Jumlah Bayaran	
	Wang Cagaran	
	Baki	

Tarikh

.....
Tandatangan Pegawai YIM Hasil
 (Cop Rasmi Hospital)