#	სახელი და გვარი	დაბადების თარიღი	პირადი ნომერი #	ჰოსპიტალიზაციის ვიზიტი		ისტორიის ნომერი	კლინიკური მასალის აღების		გამოსაკვლევი მასალა
				თარიღი	დრო		თარიღი	თარიღი	

განყოფილება	წინასწარი დიაგნოზი	კვლევის შედეგის მიღების		ლაბ. კვლევის შედეგი / იდენტიფიცირებული შტამი	რეზისტენტობა	პასუხიმგებელი პირის ხელმოწერა	შენიშვნა
		თარიღი	დრო				