

मुख्यमंत्री निःशुल्क जांच योजना

आर. के. राजकीय चिकित्सालय, राजसमन्द (राज.)

INVESTIGATION REQUEST FORM

Patient Name..... Labh chandra Date.....

Age..... Sex..... Referred by Dr.....

OPD/Ward Unit.....

CARDIOLOGY (हृदय की जांच)

S.No.	Name of Test
1.	E.C.G - इ.सी.जी. <u>MRI</u> <u>Right knee</u> <u>Dr R.</u>

Mention S.No. of
the advised test

Signature & Name