རྒྱལ་ཡོངས་ཁྲིམས་སྨན་ཀློ་བ།
རྒྱལ་ཡོངས་ཁྲིམས་སྨན་འབྱམས་རྩིག་ཀློ་བ། གསོ་བ་ཉན་ཁང་།
NATIONAL TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL
NATIONAL CENTRE FOR TRADITIONAL MEDICINE SERVICES
MINISTRY OF HEALTH, THIMPHU: BHUTAN

# Acupuncture Treatment Record Form

NTMH/KAMKHAB-01

ནད་པའི་མིང་།Patient's Name: .....ལོAge: .....ཕMale ☐ མFemale ☐

རྩ་སྡེད་ཀག་ཨང་།CID No: ..... བརྒྱུད་འཕྲིན་ཨང་།Contact No: .....

གནས་།Address: ... .....

སྨན་བཅོས་ཀྱི་གྲངས།Treatment Duration: ..... ཐོ་བཀོད་ཨང་།Record No:.....

## འབས་རྩིག་འཁག་སལ། Treatment Details

སྐམ་འབག།Acupuncture ☐ གློག་རྒྱུན་སྐམ་འབག།Electro Acupuncture ☐

ས་བའི་སྐམ་འབག།Moxa Acupuncture ☐ མེ་ཏུམ་སྐམ་འབག།Cupping Acupuncture ☐

| Day | Date | Acupuncture Points/Location | No. of Needles Administered and Signature | Start Time | No. of Needles Removed and Signature | End Time |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**Treatment Outcome**

**Signature of Acupuncturist** **Signature of Assistant/Recorder**