

**BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC
BẮC QUẢNG TRỊ**

Mã bệnh nhân:

Mã đơn thuốc:

Khoa/Phòng khám :

Điện thoại:

ĐƠN THUỐC

Họ tên:Số CCCD:

Ngày sinh/Tuổi:Cân nặng: kg Giới tính: Nam/Nữ

Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có):

Giá trị sử dụng thẻ BHYT từ:đến

Địa chỉ liên hệ:

Chẩn đoán:

.....

Thuốc điều trị

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lời dặn:

.....

.....

.....

.....

Ngày tháng năm 20....

Bác sỹ/Y sỹ khám bệnh

- Khám lại xin mang theo đơn này!

- Tên bố hoặc mẹ của trẻ hoặc người đưa trẻ đến khám bệnh, chữa bệnh:

- Số điện thoại liên hệ: