

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

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.....

.....

.....

.....

.....