MẪU ĐƠN THUỐC
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 04/2022/TT-BYT ngày 12/7/2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Mã đơn thuốc1** |   |
| Tên đơn vị: ………………………………………………………………Địa chỉ: …………………………………………………………………..Điện thoại2: ………………………………………………………………**ĐƠN THUỐC**Họ tên: ……………………………………………………………………Ngày sinh3: ……/……/……… Cân nặng4: …………… Giới tính: □ Nam □ NữSố thẻ bảo hiểm y tế (nếu có)5: ……………………………………….Địa chỉ liên hệ6: ………………………………………………………………………………………………Chẩn đoán: …………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………Thuốc điều trị: *Lời dặn7:*

|  |  |
| --- | --- |
|   | Ngày …… tháng …… năm 20…Bác sỹ/Y sỹ khám bệnh*(Ký, ghi rõ họ tên)* |

*- Khám lại xin mang theo đơn này.**- Số điện thoại liên hệ8: ……………………………………………………………………………………..**- Tên bố hoặc mẹ của trẻ hoặc người đưa trẻ đến khám bệnh, chữa bệnh9: …………………………* |