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 □ Nữ  Số 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: …………………………* | |