|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BỘ Y TẾ**BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ****VIỆT NAM - CU BA****ĐỒNG HỚI** |  | ***Phụ lục số 01******Ban hành theo Thông tư số 05/2016/TT-BYT ngày 29 tháng 02 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế*** |

**ĐƠN THUỐC**

Họ và tên: Tuổi: .… Nam/Nữ

Địa chỉ:

Số thẻ Bảo hiểm y tế *(nếu có):*

Chẩn đoán:

**Thuốc điều trị:**

 Ngày …… tháng …. năm 20…

 Bác sĩ khám bệnh

 *(Ký, ghi rõ họ tên)*

*Họ tên bố hoặc mẹ nếu người bệnh dưới 72 tháng tuổi:*

*Lời dặn: Chế độ ăn uống và chế độ sinh hoạt, làm việc.*

*Khám lại xin mang theo đơn này.*