

# ĐƠN THUỐC

Họ và tên: ..... Tuổi .....

Địa chỉ: .....

Chẩn đoán: .....

**1-** .....

Sáng: ..... Trưa: ..... Chiều: ..... Tối: .....

**2-** .....

Sáng: ..... Trưa: ..... Chiều: ..... Tối: .....

**3-** .....

Sáng: ..... Trưa: ..... Chiều: ..... Tối: .....

**4-** .....

Sáng: ..... Trưa: ..... Chiều: ..... Tối: .....

**5-** .....

Sáng: ..... Trưa: ..... Chiều: ..... Tối: .....

**6-** .....

Sáng: ..... Trưa: ..... Chiều: ..... Tối: .....

Ngày ..... tháng ..... năm 20 .....

**Y, BÁC SĨ**