



American
International
Clinic

Địa chỉ/Address: 79 Dien Bien Phu St.,
Da Kao Ward, Dist.1, HCMC

Họ và tên / Full Name:			
Mã số bệnh nhân / PID:		Giới tính/ Sex:	
Ngày sinh / Date of Birth:		Tuổi/ Age:	
Chiều Cao/ Height:		Cân nặng/ Weight:	
Ngày khám/ Exam. Date:		Khoa/ Department:	
Bảo hiểm/ Insurance:			
Địa chỉ / Address:			

TOA THUỐC/ PRESCRIPTION

DỊ ỨNG/ ALLERGY:

CHẨN ĐOÁN/ DIAGNOSIS:

1	Tên thuốc/ Medication:..... Liều dùng/ Dosage:..... Sáng/ Morning:.....Trưa/ noon:.....Chiều/ Afternoon:.....Tối/ Night:.....	SL/ Qty: Thời gian/ Duration: Lặp lại/ Refill:.....
2	Tên thuốc/ Medication:..... Liều dùng/ Dosage:..... Sáng/ Morning:.....Trưa/ noon:.....Chiều/ Afternoon:.....Tối/ Night:.....	SL/ Qty: Thời gian/ Duration: Lặp lại/ Refill:.....
3	Tên thuốc/ Medication:..... Liều dùng/ Dosage:..... Sáng/ Morning:.....Trưa/ noon:.....Chiều/ Afternoon:.....Tối/ Night:.....	SL/ Qty: Thời gian/ Duration: Lặp lại/ Refill:.....
4	Tên thuốc/ Medication:..... Liều dùng/ Dosage:..... Sáng/ Morning:.....Trưa/ noon:.....Chiều/ Afternoon:.....Tối/ Night:.....	SL/ Qty: Thời gian/ Duration: Lặp lại/ Refill:.....
5	Tên thuốc/ Medication:..... Liều dùng/ Dosage:..... Sáng/ Morning:.....Trưa/ noon:.....Chiều/ Afternoon:.....Tối/ Night:.....	SL/ Qty: Thời gian/ Duration: Lặp lại/ Refill:.....
6	Tên thuốc/ Medication:..... Liều dùng/ Dosage:..... Sáng/ Morning:.....Trưa/ noon:.....Chiều/ Afternoon:.....Tối/ Night:.....	SL/ Qty: Thời gian/ Duration: Lặp lại/ Refill:.....

Lời dặn/ Doctor's note:

Ngày tái khám/ Follow up visit:

Chữ ký, họ tên bác sĩ
Doctor's signature and name

Nguyễn Văn

30/12/2024

Bs Nguyễn Bá Tuấn