

与薬指示書

※医療機関記入指示書です。

平成 年 月 日

医療機関名 _____

保護者 _____ 様

医師名 _____

児童 氏名	ふりがな _____	男 女	平成 年 月 日生 歳 か月
病名			
薬の種類	① _____ 粉・シロップ・その他()		
	② _____ 粉・シロップ・その他()		
	③ _____ 粉・シロップ・その他()		
1回量 指示及 び時間	① _____ 与薬時間 午前・午後 時 分		
	② _____ 与薬時間 午前・午後 時 分		
	③ _____ 与薬時間 午前・午後 時 分		
保育所(園)における与薬の注意			
今後の方針(与薬の期間、通院状況など)			
その他			