

与薬指示書

※医療機関記入指示書です。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

保護者 _____ 様

医師名 _____

児 童 氏 名	ふりがな _____	男	令和	年	月	日生
		女	平成	(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						