

(医療機関用)

与薬指示書

平成 年 月 日

医療機関名 _____

保護者

_____ 様

医師名 _____ 印

児 童 氏 名	ふ り が な	男 女	平成 年 月 日
			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			