

(医療機関用)

与 薬 指 示 書

令和 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	令和 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	① 与薬時間 午前・午後 時 分
指示及び時間	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
