

(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 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			