

〈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

(ふりがな) 児童氏名	男 平成 年 月 日生
	女 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 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 ()
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	