

〈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 女	平成 年 月 日生 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 (_____)	
保育施設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		