

〈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		