

〈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

(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		