

〈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	令和 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			