

〈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		