

(医療機関用)

投薬指示書

平成 年 月 日
医療機関名

保護者

印

医師名

印

児童氏名	ふりがな	男 女	平成 年 月 日生
			才 ヶ月
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()	
一回量 指示及び 時間	①	与薬時間	午前・午後 時
	②	与薬時間	午前・午後 時
	③	与薬時間	午前・午後 時
保育所(園)における与薬の注意			
今後の方針(与薬の時間、通院状況など)			
その他			

(医療機関用)

投薬指示書

平成 年 月 日
医療機関名

保護者

印

医師名

印

児童氏名	ふりがな	男 女	平成 年 月 日生
			才 ヶ月
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()	
一回量 指示及び 時間	①	与薬時間	午前・午後 時
	②	与薬時間	午前・午後 時
	③	与薬時間	午前・午後 時
保育所(園)における与薬の注意			
今後の方針(与薬の時間、通院状況など)			
その他			