

〈医療機関用〉

与薬指示書

平成 年 月 日

医療機関名

保護者 (ふりがな) 児童氏名	様	医師名	印
病名	男	平成 年 月 日生	歳 か月
薬の種類	女		
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 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 ()		
保育所 (園) 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			