

〈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 女	生年月日 令和 平成 年 月 日 生 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 _____