

〈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