

〈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 | 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 | | |