

与薬指示書

平成 年 月 日

保護者

医療機関名

様

医師名

印

児童 氏名	ふりがな	男 女	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	与薬時間	午前・午後 時 分
	②	与薬時間	午前・午後 時 分
	③	与薬時間	午前・午後 時 分
保育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			