

投 薬 指 示 書

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・シロツヅ・その他 (_____)
② _____ 粉・シロツヅ・その他 (_____)
③ _____ 粉・シロツヅ・その他 (_____)

1 回量	① _____ 粉・シロツヅ・その他 (_____)
指示及	② _____ 粉・シロツヅ・その他 (_____)
び時間	③ _____ 粉・シロツヅ・その他 (_____)

保育園における投薬の注意

今後の方針 (投薬の期間、通院状況など)

その他