

〈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		