（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

児 童 氏 名	ふ　り　が　な	男 女	平成　　年　　月　　日 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			