

与薬指示書

クラス名 _____ 園児名 _____

下記症状をきたす場合には、保護者の承諾のもと代理で指示薬の与薬を依頼します。

与薬時間 条件 (児の状態)	・昼食前 昼食後 その他() ・発熱時 度以上(目安) ・その他()
薬品名	・ ・ ・ ・
与薬量	
与薬方法	内服 直腸内挿入 塗布 点眼 点鼻 その他()
処方期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (最長1年 年度初めに更新)

その他注意・指示事項ありましたらお願いいたします

()

令和 年 月 日 医療機関

住所
電話番号

担当医師氏名

印