

与薬指示書

年 月 日

(申請先) 保育園長

児童名 _____ (年 月 日生)

病 名	
薬 品 名	
用 量	1日量 _____ 1日の服薬回数 _____ 回
与薬時間	食間・食前 (_____ 分前) 食後 (_____ 分以内) 頓用 その他 (_____)
与薬期間：最長6ヶ月	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
薬の効用及び副作用（記述もしくは薬品の説明書添付）	
留意事項・その他	

与薬依頼解除の申請

年 月 日

上記園児に対する薬剤の与薬依頼を
月 日より解除いたします。

保護者氏名：

受領者：

医療機関名 _____

担当医師 _____ 印