

指 示 書

たばた絆保育園園長

クラス _____ 園児名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 _____ 月

診断名 _____

上記診断により、以下の与薬を保育園にて必要とします。

薬品名 _____

与薬期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

与薬方法 _____ 食後 ・ 食間 ・ 発熱時 _____ °C以上 ・ その他具体的に _____

留意事項 _____

※薬剤情報提供書を添付してください。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

住所 _____

医師名 _____ 印