

# お薬指示書

クラス名

園児氏名

生年月日

住 所

電話番号

病 名:

\* 上記診断にて投薬を必要とします。

投薬理由と投薬方法

薬剤名:

投薬期間:

年

月

日から

年

月

日まで

その他:

上記のとおり診断します。

年

月

日

医療機関

医師名

印