

主治医殿

法善寺保育園

当保育園は医師の指示の下で与薬を行っています。
お手数ですが、下記に必要事項をご記入ください。
医師が日中も服用の必要を認めた場合に限りです。

与薬指示書

法善寺保育園 御中

_____さんへの与薬を下記の通り必要と認めます。

診断名

	薬品名	量	与薬時間・回数
内服薬			
外用薬			
座薬			発熱 ℃以上になったら
その他			

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関

医師名

印
