

令和 年 月 日

主治医の先生へ

青葉学園野沢こども園に与薬を依頼したいので、与薬指示書にご記入をお願いします。

園児名		生年月日	平成 年 月 日
保護者名			

与薬指示書	
病名 (慢性疾患)	
処方内容 (薬名・薬量 飲む回数・塗る回数)	薬剤情報提供書のとおり または
薬理作用	薬剤情報提供書のとおり または、強心剤、抗不整脈剤、利尿剤 かゆみ止め、保湿 その他()
こども園で与薬する場合の	
種類と 1回分の量	散薬 水薬 座薬 外用薬 包 ml 個(mg) ()
与薬時間	昼食前 昼食後 その他()
期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 *但し、最長1年以内とする (塗り薬の場合は、最長3か月以内とする)
特記事項	
医療機関名	令和 年 月 日
医師名	TEL ()