

# 与薬指示書

## 花見川さくら学園殿

下記の保育園児について、当院で加療中ですが、登園の際は保護者に代わり、  
与薬をお願いします。

園児氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病名（または症状） \_\_\_\_\_

処方期間 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 薬の処方内容（該当するものに○印）

散（1回 \_\_\_\_\_ 袋） 抗生物質 咳止め 鎮痛剤

液（シロップ \_\_\_\_\_ cc） 下痢止め 抗アレルギー剤

錠剤（ \_\_\_\_\_ ） 他（ \_\_\_\_\_ ）

頓服（ \_\_\_\_\_ ） 他（ \_\_\_\_\_ ）

## 園での与薬時刻

食後 食前 食間 適宜 他（ \_\_\_\_\_ ）

## 注意事項

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名

住 所

電 話

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印