別紙１

# 与薬指示書

筑波大学附属久里浜特別支援学校長　宛

下記の幼児児童について当院で加療中ですが，登校の際は保護者に代わって与薬をお願いいたします。

※下記枠内医師記入

幼児児童氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病名（または症状）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※該当するものに〇印

薬品名と量

薬の保管場所　※該当するものに〇印

常温　　冷蔵　　その他（　　）

与薬が必要な症状

与薬時の注意事項

平成　　年　　月　　日

医療機関所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名　　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印