

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○印			
薬品名と量	_____		
薬の保管場所	※該当するものに○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	