

投 薬 指 示 書

以下の理由により1日3回の投薬を要します。

クラス名 園児名

傷病名					
処方日	年	月	日		
投薬時間	昼食前・後	その他（		）	
薬の剤形	水薬（シロップ）・散薬（粉）・錠剤・塗り薬・気管支拡張テープ				
薬の種類	抗生剤 ・ 消炎剤 ・ その他（				
薬の名前					
投薬期間	年	月	日	～	月 日
備考					

沼上こども園長
沼上こども園分園園長 宛

病院名

医師名

印