

保育園名 ミルキーホームもねの里
電話番号 043-424-0055

与薬指示書

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 _____

病名(または症状) _____

薬の処方内容(該当するものに○印)

形 状	内 容
粉薬 (1回 袋)	抗生物質 咳止め 痛み止め
シロップ (1回 CC)	下痢止め 鼻止め 抗アレルギー
錠剤 (1回 錠)	
その他 ()	その他 ()
注意事項	

園での与薬時刻

食後 食前 その他()

今回の処方は _____ 月 _____ 日 () ~ _____ 月 _____ 日 ()

年 月 日

医師 住所
氏名
電話

印