

与薬指示書

患者名	男 ・ 女
生年月日	平成 年 月 日生
病名 (慢性疾患)	
処方内容 (薬名・数量・回数・時間等)	薬剤情報提供書のとおり または
薬理作用	薬剤情報提供書のとおり または その他 ()
幼稚園で与薬する場合	
数量と1回の分量	座薬 アナフィラキシー補助治療剤 その他 (個) () ()
与薬時間	
期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日まで ※但し、最長1年以内とする
特記事項	

保護者 _____ 様

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

医療機関所在地

電話

学校法人慈恵学園

札幌第一幼稚園

与薬指示書

見本

患者名	第一 花子 男・女
生年月日	平成 24 年 5 月 10 日生
病名 (慢性疾患)	熱性けいれん
処方内容 (薬名・数量・回数・時間等)	薬剤情報提供書のとおり または
薬理作用	薬剤情報提供書のとおり または その他 ()
幼稚園で与薬する場合	
数量と1回の分量	座薬 アナフィラキシー補助治療剤 その他 (1 個) () ()
与薬時間	熱が38度に達した時
期間	平成 28 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日まで ※但し、最長1年以内とする
特記事項	

保護者 第一 次郎 様

平成28年 4月 1日

医療機関名 札幌〇△病院

医師名 札幌 太郎^印

医療機関所在地 札幌市豊平区〇△□1-2-3

電話 011-123-4567

必ず医師に記載して
もらってください!

学校法人慈恵学園

札幌第一幼稚園