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、保護者に代わり投薬をお願いします。

施設名　　若松すずみ保育園

氏名　　平成・令和　　年　　月　　日生

病名（または症状）

薬の処方内容等

保育園での投薬時期

食前　　食後　　その他（　　）

今回の処方期間　　月　　日　から　　月　　日まで

＜注意事項・その他＞

令和　　年　　月　　日　　医療機関名

電　　話

医　師　名　　印