

与薬指示書

下記の保育園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ねがいします。

保育園名 COO本大久保保育園

氏名 _____ 年 ____ 月 ____ 日

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 〉

年 ____ 月 ____ 日 医療機関名

電話

医師名

印