

投薬指示書

中原幼稚園

園児氏名 _____ 男 ・ 女 生年月日 令和 年 月 日

病名 _____

※ 当園では、薬の投薬は原則として行っておりません。薬を処方される場合は、朝、夕もしくは、昼間に服用しなくてもよい方法でお願い致します。

※ どうしても昼間の服用が必要な場合は、下記に指示を記入下さい。

	薬名	色	1回分の用量	用法
				時間
1			mg/包・ml	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他（
2			mg/包・ml	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他（
3			mg/包・ml	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他（
4			mg/包・ml	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他（
5			mg/包・ml	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他（

用法の詳細や、「その他」の場合の用法等の記入をお願いいたします。

投薬の期間 : 令和 年 月 日 から 令和 年 月

医療機関名・医師名 _____

印 _____

令和 年 月 日

