

(b) 投薬指示書 (医師記載)

花たちばな認定こども園園長殿

年 月 日

幼児名	生年月日	年	月	日生
-----	------	---	---	----

上記の児は、園に登園による集団生活が可能であるが、園での服薬を必要とする。

※【(朝・夕・眠前)の分3または(朝・夕)の分2では、適切な治療ができない。等】

※園では、かぜぐすりは、お預かりできません。

病名	
薬品名	
用量	1日量 1日の服薬回数 回/日
投薬時間	食間・食前(分前) 食後(分後) その他()
投薬必要期間	年 月 日 ~ 年 月 日
薬の効用 及び 副作用	(記述もしくは薬品の説明書添付)
留意事項 その他	

医療機関名

Tel

担当医師名

印