

*服用期間が長期間の薬の投与を依頼するとき（下記服用期間内有効）

指 示 書（医師記入）

保育園在園中（午前9時～午後4時）において、薬の使用・服用をすることが必要であり、服用方法は次の通りです。

病院名 _____

医 師 _____ 印

患者氏名		生年月日	平成	年	月	日生
病名						
症状						
薬 に つ い て	服用期間	年 月 日～ 年 月 日				
	保育園での 服用時間	午前・午後 時 分 午前・午後 時 分 または 食事（おやつ）の 分後前・ 分後 その他 具体的に ()				
	保管方法	室温・冷蔵庫・その他 ()				
その他の 注意事項						

かもめ保育園

※薬剤情報は複写し、指示書に添付しておく