

主治医の先生へ

学校法人大網学園 大網木の花幼稚園に与薬を依頼したため、
与薬指示書にご記入をお願い致します。

_____組 園児名 _____
年 月 日生

保護者氏名 _____ 印

与薬指示書

病名	
薬の種類	分薬 水薬 軟膏 点鼻薬 点眼薬 その他 ()
与薬時間	食前 食間 食後 その他 ()
薬の内容	
期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで ※ ただし、最長1年以内とする。

医療機関名 所在地 電話番号 医師名	令和 年 月 日 印
---------------------------------	---------------------------

※ 尚、この指示書の交付を受けた園児は、通園に支障のない園児です。

※ 薬の説明書を添えて、園に提出して下さい。