みなかみ町病後児保育室　様

投　薬　指　示　書

氏　　名		平成　　年　　月　　日生	性　別	男　・　女
診　断　名				

処　方　薬　名	投　薬　時　間	1　回　量
	朝食前・後、　時、昼食前・後、　時、夕食前・後	錠・包・mg・ml
	朝食前・後、　時、昼食前・後、　時、夕食前・後	錠・包・mg・ml
	朝食前・後、　時、昼食前・後、　時、夕食前・後	錠・包・mg・ml
	朝食前・後、　時、昼食前・後、　時、夕食前・後	錠・包・mg・ml
	朝食前・後、　時、昼食前・後、　時、夕食前・後	錠・包・mg・ml

主治医コメント

処　方　年　月　日	平成　　年　　月　　日処方		
投　薬　期　間	平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日		
医　療　機　関　名		連　絡　先	
医　　師　　名	印		

投　薬　依　頼　書

みなかみ町病後児保育室職員が、上記投薬指示書の通りに与薬することを依頼いたします。

平成　　年　　月　　日

保護者　氏名　　印

住所

薬の飲ませ方で、配慮する点を記入してください（　例　水に溶いて飲ませる　等　）

投　薬　確　認　書

投　薬　日	投　薬　時　間	投　薬　者	確　認　印