

# 与薬指示書

筑波大学附属久里浜特別支援学校長 宛

下記の幼児児童について当院で加療中ですが、登校の際は保護者に代わって与薬をお願いいたします。

## ※下記枠内医師記入

幼児児童氏名 \_\_\_\_\_

病名（または症状） \_\_\_\_\_

※該当するものに○印

薬品名と量

薬の保管場所 ※該当するものに○印

常温 冷蔵 その他（ ）

与薬が必要な症状

与薬時の注意事項

令和 年 月 日

医療機関所在地 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ 印