年　　月　　日

**投薬指示書**

　　　　　　　　　　　　　　　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 下記のとおり、投薬を指示いたしますので、よろしくお願い申し上げます。 |  | 医療機関名： |  |
|  | 住　　所： |  |
|  | 電話番号： |  |
|  | 担当医師： |  |

記

1.　投薬対象者

|  |  |
| --- | --- |
| （氏名） |  |
| （病名） |  |

2.　投薬方法

|  |  |
| --- | --- |
| （薬　　名） |  |
| （投薬時間） |  |
| （投 薬 量） |  |

3.　投薬期間

　　　　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

4.　注意事項

　・

　・

　・

　・

以上