年　　　月　　　日

**投薬指示書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

下記の対象者への投薬を指示いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者 | |
| 氏　名 |  |
| 傷病名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 投薬方法 | |
| 薬名 |  |
| 投薬時間 |  |
| 投薬量 | 1回あたり　　　g |
| 特記事項 |  |

|  |
| --- |
| 投薬期間 |
|  |

|  |
| --- |
| 注意事項 |
|  |

以上

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当医師 |  |