年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **投薬指示書**  **No.** | 医院名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当医師 |  |

下記のとおり投薬をお願いいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者 |  |
| 病名 |  |
| 薬名 |  |
| 投薬期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 投薬時間 | 時　／　　　　時　／　　　　時 |
| 投薬回数 | 回　／日 |
| 投薬量 | 1回あたり　　　　g |
| 注意事項 |  |

以上

年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **投薬指示書**  **No.** | 医院名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当医師 |  |

下記のとおり投薬をお願いいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者 |  |
| 病名 |  |
| 薬名 |  |
| 投薬期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 投薬時間 | 時　／　　　　時　／　　　　時 |
| 投薬回数 | 回　／日 |
| 投薬量 | 1回あたり　　　　g |
| 注意事項 |  |

以上