

# 薬剤情報書

下 氷 鮑 保育園長 様

下記の者について、薬剤情報を提供します。

|                    |     |    |   |   |   |
|--------------------|-----|----|---|---|---|
| 児童名                | 男・女 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 病名                 |     |    |   |   |   |
| 薬剤名                |     |    |   |   |   |
| 用法等                |     |    |   |   |   |
| 注意事項（具体的に記入してください） |     |    |   |   |   |

令和 年 月 日

主治医 住 所 .....

病院名 ..... Tel. ....

医師名 ..... 印