

A 与薬に関する主治医意見書

平成 年 月 日

児童名 _____

平成 年 月 日 生

医療機関名 _____

主治医名 _____ 印

1. 病名：

2. くすり

① 名称：

② 剤型：

3. 処方日（期間）： 平成 年 月 日 （ 日分）

4. 保管方法： 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ）

5. 主治医コメント

6. その他