

## 薬剤情報書

長野赤十字病院病後児保育室ゆりかご 様

下記の者について、薬剤情報を提供します。

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

年 月 日

主治医 住所 .....

医療機関名 ..... TEL .....

医師名 ..... 印