

動物用医薬品指示書

nekoazarasi ver3.0

No.

対象動物	動物種	犬 ・ 猫 ・ その他()		
	名前および性別	♂ ・ ♀ ・ 去勢		
	年齢・品種	年齢: 歳 ヶ月(推定) 、 品種:		
	体重および特徴	体重: kg 、 毛色: 、 マイクロチップNo:		
対象動物 の所有者 もしくは 管理者	氏名			
	住所			
	電話番号またはメールアドレス			
対象 医薬品	【要指示医薬品】薬剤名		用法用量	数量(単位)
	(例: アイウエ錠2.5mg) ※複数の場合は附番して記載		(例: 1日2回 1回1錠)	(例: 100錠) ※箱単位の販売
指示理由				
指示内容 (使用上の注意等)				

上記のとおり指示します。 指示書発行年月日: 年 月 日

指示書の使用期間: 発行日から 日以内 (無記載の場合は7日以内)

獣医師 情報	動物診療施設名			
	獣医師氏名	印 (署名もしくは押印)		
	所在地(住所)			
	電話番号またはメールアドレス			

販売業者 情報 ※販売業者 が記入	販売業者名			
	薬剤師氏名			
	所在地			
	電話番号またはメールアドレス			
	販売年月日	年	月	日

※医療機関にて太枠内をご記載下さい

※販売業者は指示書の原本を保管すること

動物用医薬品指示書

nekoazarasi ver2.5

No.

対象動物	動物種	犬・猫・その他()		
	名前および性別	あざらし ♂・♀・去勢		
	年齢・品種	年齢: 10 歳 10 ヶ月(推定)、品種: ポメラニアン		
	体重および特徴	体重: 15 kg、毛色: 白、マイクロチップNo: 123456		
対象動物の所有者もしくは管理者	氏名	猫山ネコ子		
	住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3		
	電話番号またはメールアドレス	sample@nekoazarasi.com		
対象医薬品	【要指示医薬品】薬剤名		用法用量	数量(単位)
	①ピモベハート錠1. 25		①1日2回 1回1錠	①100錠
	②ピモベハート錠2. 5		②1日2回 1回1錠	②100錠
※箱単位の販売となります、数量は正確にご記載ください				
指示理由	心不全に伴う症状の改善			
指示内容(使用上の注意等)	頻脈及び嘔吐に注意。 2ヶ月後に受診すること。			

←
無しも可

上記のとおり指示します。 指示書発行年月日: 2099 年 1 月 1 日

指示書の使用期間: 発行日から 日以内 (無記載の場合は7日以内)

獣医師情報	動物診療施設名	ねこあざらし動物病院		
	獣医師氏名	葛飾 花子 葛飾 (署名もしくは押印)		
	所在地(住所)	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3		
	電話番号またはメールアドレス	01-2345-6789		

販売業者情報	販売業者名			
	薬剤師氏名			
	所在地			
	電話番号またはメールアドレス			
※販売業者が記入	販売年月日	年 月 日		

空欄でご提出ください

※医療機関にて太枠内をご記載下さい

※販売業者は指示書の原本を保管すること