

# 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

No.

対象動物	動物種	犬・猫・その他( )	
	名前および性別	あざらし 雄・雌・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: 15kg、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 が記入	販売業者名	空欄でご提出ください
	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