

投薬について

下記の内容で投薬をお願い致します。

クラス	名前	
病院名	電話番号	
	主治医	
薬	何の	
	いつ服用	食前 食間 (時頃) 食後
	種類	シロップ 粉 錠剤 その他 ()
期間		