

# 服薬変更票 (量や種類の変更・中止など)

**変更**

小 中 高	年 氏名	保護者氏名
-------	------	-------

変更前				変更後		
服用するとき	薬品名	1回の量 (上:重さ,下:数)		服用するとき	薬品名	1回の量 (上:重さ,下:数)
朝 昼 夕		g・mg 錠・包・カプセル	→	朝 昼 夕		g・mg 錠・包・カプセル
月 日まで				月 日から ( 月 日まで)		
症状等				症状等		
朝 昼 夕		g・mg 錠・包・カプセル	→	朝 昼 夕		g・mg 錠・包・カプセル
月 日まで				月 日から ( 月 日まで)		
症状等				症状等		
朝 昼 夕		g・mg 錠・包・カプセル	→	朝 昼 夕		g・mg 錠・包・カプセル
月 日まで				月 日から ( 月 日まで)		
症状等				症状等		

上記の薬の内服について介助・管理を必要としますか。(どちらかに○をしてください。)

はい

いいえ

その他 (配慮事項等)

預かった日	受付	寄宿舍担当	担任	養護教諭
令和 年 月 日				

