

# 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		g・mg	→	朝 昼	g・mg
夕 眠		錠・包・カプ・セル		夕 眠	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		g・mg	→	朝 昼	g・mg
夕 眠		錠・包・カプ・セル		夕 眠	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		g・mg	→	朝 昼	g・mg
夕 眠		錠・包・カプ・セル		夕 眠	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	寄宿舎担当	担任	養護教諭
令和 年 月 日				

