

自宅での服薬記録

提出日 年 月 日

クラス	組	児童氏名 保護者名	
処方された日	月 日		
病名及び症状			
処方された病院	TEL		
薬の名称及び自宅での服用時間			朝・昼・夕 その他 ()
			朝・昼・夕 その他 ()
			朝・昼・夕 その他 ()
副作用 (眠くなる、下痢等)			
その他 (配慮が必要なこと等)			