＊　今までにかかった大きな病気や現在治療を受けている病気などで処方されたお薬について記録しましょう。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬の名前薬の記録　　 |  | 薬の効果 |  |
| 処方元病院・薬局 | （電話番号　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服用期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 服用方法 | □自分で飲める（　□カプセル　　□粉薬　　□錠剤　　□水薬　）　□口に入れる手伝いが必要　　□オブラートが必要　　□トロミ剤（ゼリー等）が必要□声かけが必要　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【服用回数】1日　　回□朝　□昼　□夜　□寝る前　□食前　□食間　□食後　□その他（　　　　　　　　） |
| 薬の名前 |  | 薬の効果 |  |
| 処方元病院・薬局 | （電話番号　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服用期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 服用方法 | □自分で飲める（　□カプセル　　□粉薬　　□錠剤　　□水薬　）　□口に入れる手伝いが必要　　□オブラートが必要　　□トロミ剤（ゼリー等）が必要□声かけが必要　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【服用回数】1日　　回□朝　□昼　□夜　□寝る前　□食前　□食間　□食後　□その他（　　　　　　　　） |
| 薬の名前 |  | 薬の効果 |  |
| 処方元病院・薬局 | （電話番号　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服用期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 服用方法 | □自分で飲める（　□カプセル　　□粉薬　　□錠剤　　□水薬　）　□口に入れる手伝いが必要　　□オブラートが必要　　□トロミ剤（ゼリー等）が必要□声かけが必要　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【服用回数】1日　　回□朝　□昼　□夜　□寝る前　□食前　□食間　□食後　□その他（　　　　　　　　） |
| 薬の名前 |  | 薬の効果 |  |
| 処方元病院・薬局 | （電話番号　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服用期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 服用方法 | □自分で飲める（　□カプセル　　□粉薬　　□錠剤　　□水薬　）　□口に入れる手伝いが必要　　□オブラートが必要　　□トロミ剤（ゼリー等）が必要□声かけが必要　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【服用回数】1日　　回□朝　□昼　□夜　□寝る前　□食前　□食間　□食後　□その他（　　　　　　　　） |



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬の名前 |  | 薬の効果 |  |
| 処方元病院・薬局 | （電話番号　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服用期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 服用方法 | □自分で飲める（　□カプセル　　□粉薬　　□錠剤　　□水薬　）　□口に入れる手伝いが必要　　□オブラートが必要　　□トロミ剤（ゼリー等）が必要□声かけが必要　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【服用回数】1日　　回□朝　□昼　□夜　□寝る前　□食前　□食間　□食後　□その他（　　　　　　　　） |
| 薬の名前 |  | 薬の効果 |  |
| 処方元病院・薬局 | （電話番号　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服用期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 服用方法 | □自分で飲める（　□カプセル　　□粉薬　　□錠剤　　□水薬　）　□口に入れる手伝いが必要　　□オブラートが必要　　□トロミ剤（ゼリー等）が必要□声かけが必要　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【服用回数】1日　　回□朝　□昼　□夜　□寝る前　□食前　□食間　□食後　□その他（　　　　　　　　） |
| 薬の名前 |  | 薬の効果 |  |
| 処方元病院・薬局 | （電話番号　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服用期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 服用方法 | □自分で飲める（　□カプセル　　□粉薬　　□錠剤　　□水薬　）　□口に入れる手伝いが必要　　□オブラートが必要　　□トロミ剤（ゼリー等）が必要□声かけが必要　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【服用回数】1日　　回□朝　□昼　□夜　□寝る前　□食前　□食間　□食後　□その他（　　　　　　　　） |
| 薬の名前 |  | 薬の効果 |  |
| 処方元病院・薬局 | （電話番号　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服用期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 服用方法 | □自分で飲める（　□カプセル　　□粉薬　　□錠剤　　□水薬　）　□口に入れる手伝いが必要　　□オブラートが必要　　□トロミ剤（ゼリー等）が必要□声かけが必要　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【服用回数】1日　　回□朝　□昼　□夜　□寝る前　□食前　□食間　□食後　□その他（　　　　　　　　） |