

非常災害時用薬保管カード

朝前・朝後

*Oをしてください

()部門()部()年 氏名()					薬の入替日	
No	形態	薬名	服薬時	留意事項など	月	日
例	錠剤	ラミクタール	食後	水と一緒に飲む	月	日
1					月	日
2					月	日
3					月	日
4					月	日
5					月	日

非常災害時に、上記の薬を飲ませることに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名 _____ 印

非常災害時用薬保管カード

夜前・夜後

*Oをしてください

()部門()部()年 氏名()					薬の入替日	
No	形態	薬名	服薬時	留意事項など	月	日
例	錠剤	ラミクタール	食後	水と一緒に飲む	月	日
1					月	日
2					月	日
3					月	日
4					月	日
5					月	日

非常災害時に、上記の薬を飲ませることに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名 _____ 印

非常災害時用薬保管カード

昼前・昼後

*Oをしてください

()部門()部()年 氏名()					薬の入替日	
No	形態	薬名	服薬時	留意事項など	月	日
例	錠剤	ラミクタール	食後	水と一緒に飲む	月	日
1					月	日
2					月	日
3					月	日
4					月	日
5					月	日

非常災害時に、上記の薬を飲ませることに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名 _____ 印

非常災害時用薬保管カード

その他()

*薬の種類をご記入ください。

()部門()部()年 氏名()					薬の入替日	
No	形態	薬名	服薬時	留意事項など	月	日
例	錠剤	ラミクタール	食後	水と一緒に飲む	月	日
1					月	日
2					月	日
3					月	日
4					月	日
5					月	日

非常災害時に、上記の薬を飲ませることに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名 _____ 印