

## 薬持参届

病名

薬名		量
期日	令和 年 月 日	～ 令和 年 月 日
薬名		量
期日	令和 年 月 日	～ 令和 年 月 日
薬名		量
期日	令和 年 月 日	～ 令和 年 月 日

### <ご注意>

- 薬と一緒にもらう、薬の情報が書いてある用紙をご提出ください。  
なお、医師の指示以外の服薬はできません。
- 薬はジップ袋などに入れ一つにして、お名前を記載してください。
- 市販薬は原則お預かりできません。やむを得ずお持ちになる場合は、  
薬名、用量のみの確認となることをご了承ください。
- 自己管理をされる方は福祉館で服薬管理ができませんのでご了承ください。

上記薬剤を持参いたします。上記の内容を確認し、同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名

ご家族等氏名