

現在の服薬状況 _____ 様 平成 年 月 日

当院では体への負担や薬物依存、薬物乱用を避ける為、最小量の薬で効果が出るよう減薬指導を行っておりますので、今現在の服薬状況ご記入にご協力下さい。

お薬手帳 有・無

薬剤名	1日量回数	服用時間
例：デパス	1日3回 6錠	朝・昼・夕 食前・食後・就寝前
内服		
1	1日 回 錠・包g	朝・昼・夕 食前・食後・就寝前
2	1日 回 錠・包g	朝・昼・夕 食前・食後・就寝前
3	1日 回 錠・包g	朝・昼・夕 食前・食後・就寝前
4	1日 回 錠・包g	朝・昼・夕 食前・食後・就寝前
5	1日 回 錠・包g	朝・昼・夕 食前・食後・就寝前
6	1日 回 錠・包g	朝・昼・夕 食前・食後・就寝前
7	1日 回 錠・包g	朝・昼・夕 食前・食後・就寝前
8	1日 回 錠・包g	朝・昼・夕 食前・食後・就寝前
9	1日 回 錠・包g	朝・昼・夕 食前・食後・就寝前
10	1日 回 錠・包g	朝・昼・夕 食前・食後・就寝前
頓服	1回量	いつ服用するか
1		
2		
3		
外用		
1		
2		

※薬のアレルギーや合わなかった薬：

ない あるいはある（薬の名称 _____）