

# お薬の情報

※出された薬のシートを張り付けてもらっても結構です。（日付けが分かるようにしておいてください。）

薬剤師： \_\_\_\_\_

# 薬 歴

アレルギー歴(有・無)

食べ物

お薬の名前

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

副作用歴(有・無)

お薬の名前

.....
.....
.....
.....

注意事項 ❶

薬剤師： \_\_\_\_\_