別紙１

定時薬変更届

小 ・ 中 ・ 高　　年 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日

・令和　　年　　月　　日　下記のように、定時薬を変更しましたので届出いたします。

・変更理由：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜変更前＞　　⇒　　＜変更後＞

薬品名	全体量	服薬時間等	薬品名	全体量	服薬時間等
例）ﾌｪﾉﾊﾞｰﾙ	20mg	1回 朝(20mg)	ﾌｪﾉﾊﾞｰﾙ	30mg	2回 朝(15mg) 夕(15mg)

東京都立小平特別支援学校