薬品チェックリスト
医療福祉センターさくら

利用者様氏名（　　）

品名	入所時	退所時
□　お薬情報書 □　お薬手帳　※どちらか一つ		

※表の記載に漏れがないか、確認をお願いします

太枠内のみ記入して下さい

	薬品名	備考（服薬時期など）	総数			薬品名	備考（服薬時期など）	総数	
			入所時	退所時				入所時	退所時
内服					坐薬・浣腸				
					塗り薬				
その他									
					目薬				

入所日　　年　　月　　日　　時　～　退所日　　月　　日　　時

入所日確認者（　　）　　退所日確認者（　　）