

# 医療的な支援に関する内容

記入日: 年 月 日( 才)

【病名】

【症状と対処法】

【薬の種類／投薬の時間】

薬の種類:

投薬の時間:

【医療機関】

病院名 住所

担当医師 電話番号

支援時の  
配慮事項

【病名】

【症状と対処法】

【薬の種類／投薬の時間】

薬の種類:

投薬の時間:

【医療機関】

病院名 住所

担当医師 電話番号

支援時の  
配慮事項