

連 絡 票

保護者記載欄

子どもの氏名

医療機関名、医師名

病、医院

先生

緊急時に連絡がとれるように記載してください Tel: _____

病名また症状

与薬を依頼を依頼するくすりの種類と数

(月 日)

(月 日)

(月 日)

粉 薬: _____ 種 → _____ 種 → _____ 種

シロップ: _____

(保管は室温:冷蔵)

外用剤 _____ 種 → _____ 種 → _____ 種

外用剤の使用法

その他の注意事項

月 日	受 領 者 サ イ ン	投 与 時 間	投 与 者 サ イ ン	
月 日		時 分		
月 日		時 分		
月 日		時 分		
月 日		時 分		
月 日		時 分		
月 日		時 分		
月 日		時 分		

* 処方内容の変更がなければ、連絡票の有効期限は原則として処方日から7日以内です。

* 処方内容の変更があれば、新規の連絡票をご提出ください。