

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: _____	
病名または症状			
与薬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	種 ⇒	種 ⇒	種
(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。