

(別紙3)

連絡票(案)

(最終的には、図の方で独自に作ります)

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。