

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	

※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。