

## 連 絡 票

<b>保護者記載欄</b>	子どもの氏名		
医療機関名、医師名 _____ 病・医院 _____ 先生		TEL: _____	
(緊急時に連絡がとれるように記載してください)			
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。