

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> (月 日) (月 日) (月 日) </div> <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 33%;">粉 薬 _____ 種</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">⇒</td> <td style="width: 33%;">_____ 種</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">⇒</td> <td style="width: 33%;">_____ 種</td> </tr> <tr> <td>シロップ _____ 種</td> <td style="text-align: center;">⇒</td> <td>_____ 種</td> <td style="text-align: center;">⇒</td> <td>_____ 種</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="padding-left: 20px;">(保管は室温・冷蔵)</td> </tr> <tr> <td>外用剤 _____ 種</td> <td style="text-align: center;">⇒</td> <td>_____ 種</td> <td style="text-align: center;">⇒</td> <td>_____ 種</td> </tr> </table>			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
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。