

(別紙2)

与薬連絡票

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	
(緊急時に連絡が取れるようにしてください)		TEL:	
病名または症状			
与薬を依頼する薬の種類と数			
	(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
外用剤の使用方法			
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	確認者サイン
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。