

連絡票の記入例(処方された薬が3日分だった場合)

連絡票

※ 黒太枠内のみ保護者の方をご記入ください。

子どもの氏名	純真 花子		
医療機関名、医師名	純真	(病院) 医院	山田 先生
(緊急時に連絡が取れるように記載してください) TEL: ●●●—○○○○			
病名または症状	風邪		
与薬を依頼する薬の種類と数			
	(4 月 1 日)	(4 月 2 日)	(4 月 3 日)
粉薬	1 種	→ 1 種	→ 1 種
シロップ	1 種	→ 1 種	→ 1 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	投与時間	投与者サイン
4 月 1 日	時 分	
4 月 2 日	時 分	
4 月 3 日	時 分	
月 日	時 分	
月 日	時 分	
月 日	時 分	

- * 与薬を行う月日を全てご記入の上、ご提出ください。
- * 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。

初日は当日分の薬と連絡票・投薬情報書・薬局からもらう薬剤情報提供書をご提出ください。2日目以降は、各日分のお薬をお持たせください。

与薬連絡票

※黒太枠内のみ保護者の方をご記入ください。

子どもの氏名			
医療機関名、医師名 _____		病院・医院 _____ 先生	
(緊急時に連絡が取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	

- * 与薬を行う月日を全てご記入の上、ご提出ください。
- * 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。

初日は当日分の薬と連絡票・投薬情報書・薬局からもらう薬剤情報をご提出ください。2日目以降は、各日分のお薬をお持ちください。

