

投薬連絡票(保護者記載用)

令和 年 月 日

依頼者	保護者氏名 _____	印 _____	連絡先電話 _____
	園児氏名 _____	男・女 _____	歳 _____ ヶ月 _____
医療機関名… _____		病院・医院 _____ 先生 _____	
連絡先 電話 _____			
病名又は症状 _____			
①持参した薬は… 令和 年 月 日に処方			
②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			
・外用剤 : _____ 種 → _____ 種 → _____ 種			
③保管は…室温・冷蔵庫・その他( _____ )			
④外用薬などの使用法 _____			
⑤その他の注意事項 _____			

月日	受領サイン	投与時刻	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	

※処方内容に変更がなければ、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。(塗り薬 14日以内)

※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。