

(参考資料22 福岡市医師会資料より抜粋)

連絡票(案)

(最終的には、園の方で独自に作ります)

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	
<p>与薬を依頼するくすりの種類と数</p> <p style="text-align: center;">(月 日) (月 日) (月 日)</p> <p>粉 薬 : _____種 → _____種 → _____種</p> <p>シロップ : _____種 → _____種 → _____種</p> <p>(保管は室温・冷蔵)</p> <p>外用剤 : _____種 → _____種 → _____種</p>	
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。