

# 投薬連絡票

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		
	( 月 日)	( 月 日)
粉 薬	種 ⇒	種 ⇒
シロップ	種 ⇒	種 ⇒
(保管は室温・冷蔵)		
外用剤	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。

## 投薬情報書 1 (常用薬用)

### 保護者記載欄

子どもの氏名	予定帰宅時間： 時 分頃
--------	-----------------

### 医師記載欄

くすりの内容 抗生物質          咳止め          下痢止め          整腸剤          外用剤 その他 ( ) 薬剤情報提供 ( あり ・ なし )
上記の薬を「昼」に服用 ( 日分)、塗布するように処方しました
処方日          年    月    日
薬の有効期限          年    月    日          署名：

## 投薬情報書 2 (頓用薬用)

### 保護者記載欄

子どもの氏名	予定帰宅時間： 時 分頃
--------	-----------------

### 医師記載欄

くすりの内容 ( ) 薬剤情報提供 ( あり ・ なし )
上記の薬を ( ) の時に、使用するように処方しました
処方日          年    月    日
薬の有効期限          年    月    日          署名：