

与薬依頼票

保護者記載欄															
子どもの氏名															
医療機関名、医師名 _____ 病・病院 _____ 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 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">(月 日)</td> <td style="text-align: center;">(月 日)</td> <td style="text-align: center;">(月 日)</td> </tr> <tr> <td>粉 薬 : 種 →</td> <td>種 →</td> <td>種</td> </tr> <tr> <td>シロップ : 種 →</td> <td>種 →</td> <td>種</td> </tr> <tr> <td colspan="3">(保管は室温・冷蔵)</td> </tr> <tr> <td>外用剤 : 種 →</td> <td>種 →</td> <td>種</td> </tr> </table>	(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
(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	
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。