

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
粉薬: (月 日) _____ 種 → (月 日) _____ 種 → (月 日) _____ 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	

※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 平成 _____ 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、 使用するよう処方しました	
処方日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 署名: _____	

※必ず保育所（園）・幼稚園と前もってご相談ください。