おくすりのれんらく　令和7年度版

薬は、医師に処方してもらったものを、1回分ずつに分けて、氏名を記入して当日分だけ持参願います。
※ただし、軟膏などの塗り薬は1週間分お預かり可能です。
返却時には返却受け取りサインをしてください。
下の表に記入し、薬と一緒に必ず職員に手渡ししてください。

以下の通り、薬の投与をおねがいします。

令和　　年　　月　　日

西宮セリジェ保育園　園長様

保護者氏名（　　）

児童名	（　　組）児童名
病名または症状	
医療機関名または薬局名	TEL（　　－　　－　　）
処方日	____月____日に処方された____日分のうち本日分
種類内容	・粉薬（____）袋　（食前・食後・食間・その他_____時） ［ 薬の種類：抗生物質・整腸剤・咳止め・風邪薬・その他 ］ ・水薬（____）種類　（食前・食後・食間・その他_____時） ［ 薬の種類：抗生物質・整腸剤・咳止め・風邪薬・その他 ］ ・塗り薬（____）個　（食前・食後・午睡明け・その他____時 ） ・目　薬（____）個　（食前・食後・午睡明け・その他____時 ）
注意事項	（塗る箇所・薬の量など具体的に） 座薬について ①預かり期間　令和　年　月　日～令和　年　月　日 ②預かり場所（　　）

預かり者サイン		返却受取サイン	

おくすりのれんらく　令和7年度版

薬は、医師に処方してもらったものを、1回分ずつに分けて、氏名を記入して当日分だけ持参願います。
※ただし、軟膏などの塗り薬は1週間分お預かり可能です。
返却時には返却受け取りサインをしてください。
下の表に記入し、薬と一緒に必ず職員に手渡ししてください。

以下の通り、薬の投与をおねがいします。

令和　　年　　月　　日

西宮セリジェ保育園　園長様

保護者氏名（　　）

児童名	（　　組）児童名
病名または症状	
医療機関名または薬局名	TEL（　　－　　－　　）
処方日	____月____日に処方された____日分のうち本日分
種類内容	・粉薬（____）袋　（食前・食後・食間・その他_____時） ［ 薬の種類：抗生物質・整腸剤・咳止め・風邪薬・その他 ］ ・水薬（____）種類　（食前・食後・食間・その他_____時） ［ 薬の種類：抗生物質・整腸剤・咳止め・風邪薬・その他 ］ ・塗り薬（____）個　（食前・食後・午睡明け・その他____時 ） ・目　薬（____）個　（食前・食後・午睡明け・その他____時 ）
注意事項	（塗る箇所・薬の量など具体的に） 座薬について ①預かり期間　令和　年　月　日～令和　年　月　日 ②預かり場所（　　）

預かり者サイン		返却受取サイン	