【記入に関しての注意点】

内容は、『おねがい会員』が記入してください。日常的に病院から処方された投薬のサポートを依頼する場合に使用してください。

投　薬　依　頼　書

まかせて会員＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

白河市ファミリーサポートセンターの活動において、保護者に代わって下記のとおり投薬をお願いします。

※但し、医療機関より処方された薬のみとする（市販の薬は対象外）

令和　　年　　月　　日

おねがい会員名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

投薬するこどもの名前　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

薬の種類　□かぜ薬　□抗生物質　□外用薬（　　）
□咳止め　□下痢止め　□アレルギー緩和薬
□その他（　　）

与薬時間　（　食前　・　食後　・　その他＿＿＿＿＿＿＿＿）
投与時間　（　午前　・　午後　＿＿＿＿時頃　）
薬の剤型　□粉　□シロップ　□錠剤　□その他（＿＿＿＿＿＿）

その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

投与者サイン＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

白河市ファミリーサポートセンター
〒961-0011　白河市久田野城内３１
サンフレッシュ白河（大沼地区行政センター）内
☎０２４８－２１－９９０７