

【記入に関する注意点】

内容は依頼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。

病児・病後児保育の場合は、手引きP26、様式第8号をお使いください。

投 薬 依 頼 票

提供会員 _____ 様

新潟市ファミリー・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。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所 属 新潟市ファミリー・サポート・センター _____

会員番号 _____

住 所 _____

依頼会員氏名 _____ 印 (自署・捺印のこと)

投薬するこどもの名前 _____

投薬時間

朝食・昼食・夕食 食前・食間・食後 分

指定時間のある場合 午前・午後 時 分から (時間毎)

薬の種類と投薬量 (1回分) _____

その他
