

医療機関の受診等に関する委任状

病院 御中

援助会員番号	
住 所	
氏 名	
連 絡 先	

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

私の子ども (年 月 日生) について、

1. 受診の付き添い及び診断結果を聞くこと。
2. 投薬及び必要な処置について、投薬依頼書がなくても医師の指示に従うこと。
3. 記載日 令和 年 月 日から令和8年3月31日まで有効。

令和 年 月 日

仁淀川町ファミリーサポートセンター

【依頼会員】

会 員 番 号

住 所

氏 名

印

連絡先(携帯)

《上記の子どもの受給資格》

乳幼児医療費 受給資格証番号	公費負担番号								
	受給者番号								
健康保険証番号									

※本状は、母子手帳原本または母子手帳の出生児の情報ページのコピーと、おくすり手帳と一緒に、援助会員に渡してください。

子どもの情報

記載日： 令和 年 月 日

既往歴 (いつごろ)	
------------	--

常服薬 (飲み薬、点鼻・点眼薬、 塗り薬など)	
-------------------------------	--

アレルギー	薬	
	食べ物	

服薬可能な薬の形状 (粉・錠剤・シロップ、 座薬など)	
-----------------------------------	--

平熱	度 前後
----	------

かかりつけ医	
--------	--

かかりつけ処方薬局	
-----------	--

その他 (受診時に注意してほしいこ となど)	
------------------------------	--