

臺北市文山區興隆國民小學附設幼兒園 幼兒託藥單 家長委託及回執聯			
姓名	託藥日期	自__年__月__日 至__年__月__日	
用藥原因	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 其他：_____	用藥時間	<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後
用藥劑量	藥粉_____包 藥水_____c.c.	藥丸_____顆	其他_____
用藥方式	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 外用(部位：_____) 請附標有醫療院所、姓名及用法用量之藥袋		
備註	<input type="checkbox"/> 藥品需冷藏 <input type="checkbox"/> 食用前搖勻 <input type="checkbox"/> 其他_____		
家長簽名	*請簽全名		

臺北市文山區興隆國民小學附設幼兒園 幼兒託藥單 幼兒園託藥留存聯			
姓名	託藥日期	自__年__月__日 至__年__月__日	
用藥原因	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 其他：_____	用藥時間	<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後
用藥劑量	藥粉_____包 藥水_____c.c.	藥丸_____顆	其他_____
用藥方式	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 外用(部位：_____) 請附標有醫療院所、姓名及用法用量之藥袋		
備註	<input type="checkbox"/> 藥品需冷藏 <input type="checkbox"/> 食用前搖勻 <input type="checkbox"/> 其他_____		
家長簽名	*請簽全名		

用藥紀錄	日期	時間	餵藥者簽名	用藥狀況	
				正常	異常
此欄 老師 填寫					

用藥紀錄	日期	時間	餵藥者簽名	用藥狀況	
				正常	異常
此欄 老師 填寫					

臺北市文山區興隆國民小學附設幼兒園 幼兒託藥單 家長委託及回執聯			
姓名	託藥日期	自__年__月__日 至__年__月__日	
用藥原因	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 其他：_____	用藥時間	<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後
用藥劑量	藥粉_____包 藥水_____c.c.	藥丸_____顆	其他_____
用藥方式	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 外用(部位：_____) 請附標有醫療院所、姓名及用法用量之藥袋		
備註	<input type="checkbox"/> 藥品需冷藏 <input type="checkbox"/> 食用前搖勻 <input type="checkbox"/> 其他_____		
家長簽名	*請簽全名		

臺北市文山區興隆國民小學附設幼兒園 幼兒託藥單 幼兒園託藥留存聯			
姓名	託藥日期	自__年__月__日 至__年__月__日	
用藥原因	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 其他：_____	用藥時間	<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後
用藥劑量	藥粉_____包 藥水_____c.c.	藥丸_____顆	其他_____
用藥方式	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 外用(部位：_____) 請附標有醫療院所、姓名及用法用量之藥袋		
備註	<input type="checkbox"/> 藥品需冷藏 <input type="checkbox"/> 食用前搖勻 <input type="checkbox"/> 其他_____		
家長簽名	*請簽全名		

用藥紀錄	日期	時間	餵藥者簽名	用藥狀況	
				正常	異常
此欄 老師 填寫					

用藥紀錄	日期	時間	餵藥者簽名	用藥狀況	
				正常	異常
此欄 老師 填寫					