

臺北市私立達義幼兒園家長托藥單

幼兒姓名：_____ 班級：_____ 號碼：_____

家長託藥及回執聯

日期	藥品種類 (1餐份藥劑)			餵藥時間	吃藥原因	家長簽名 (請簽全名)	餵藥者 簽名
	藥粉/包	藥水	藥膏/眼藥水				
	包	CC	部位:	<input type="checkbox"/> 早上點心前	<input type="checkbox"/> 發燒		
<input type="checkbox"/> 左眼			<input type="checkbox"/> 早上點心後	<input type="checkbox"/> 咳嗽			
<input type="checkbox"/> 右眼			<input type="checkbox"/> 午餐前	<input type="checkbox"/> 腸胃炎			
			<input type="checkbox"/> 雙眼	<input type="checkbox"/> 午餐後	<input type="checkbox"/> 嘔吐		餵藥時間
				<input type="checkbox"/> 下午點心前	<input type="checkbox"/> 感冒		
				<input type="checkbox"/> 下午點心後	<input type="checkbox"/> 過敏		
				<input type="checkbox"/> 下午點心後	<input type="checkbox"/> 結膜炎		
				<input type="checkbox"/> 其他:	<input type="checkbox"/> 其他:		

請家長配合幼兒安全用藥原則:

請務必詳細填寫班級、座號、姓名及家長簽名

藥品劑量及服用時間填寫清楚，不餵成藥及未經醫師開立之藥物為了孩子健康著想如有發燒及身體不適者請盡量在家休息

* 爸爸媽媽的叮嚀:

* 備註(餵藥後有無不良反應):

臺北市私立達義幼兒園家長托藥單

幼兒姓名：_____ 班級：_____ 號碼：_____

教保服務機構託藥留存聯

日期	藥品種類 (1餐份藥劑)			餵藥時間	吃藥原因	家長簽名 (請簽全名)	餵藥者 簽名
	藥粉/包	藥水	藥膏/眼藥水				
	包	CC	部位:	<input type="checkbox"/> 早上點心前	<input type="checkbox"/> 發燒		
<input type="checkbox"/> 左眼			<input type="checkbox"/> 早上點心後	<input type="checkbox"/> 咳嗽			
<input type="checkbox"/> 右眼			<input type="checkbox"/> 午餐前	<input type="checkbox"/> 腸胃炎			
			<input type="checkbox"/> 雙眼	<input type="checkbox"/> 午餐後	<input type="checkbox"/> 嘔吐		餵藥時間
				<input type="checkbox"/> 下午點心前	<input type="checkbox"/> 感冒		
				<input type="checkbox"/> 下午點心後	<input type="checkbox"/> 過敏		
				<input type="checkbox"/> 下午點心後	<input type="checkbox"/> 結膜炎		
				<input type="checkbox"/> 其他:	<input type="checkbox"/> 其他:		

請家長配合幼兒安全用藥原則:

請務必詳細填寫班級、座號、姓名及家長簽名

藥品劑量及服用時間填寫清楚，不餵成藥及未經醫師開立之藥物為了孩子健康著想如有發燒及身體不適者請盡量在家休息

* 爸爸媽媽的叮嚀:

* 備註(餵藥後有無不良反應):

臺北市私立達義幼兒園家長托藥單

幼兒姓名：_____ 班級：_____ 號碼：_____

家長託藥及回執聯

日期	藥品種類 (1餐份藥劑)			餵藥時間	吃藥原因	家長簽名 (請簽全名)	餵藥者 簽名
	藥粉/包	藥水	藥膏/眼藥水				
	包	CC	部位:	<input type="checkbox"/> 早上點心前	<input type="checkbox"/> 發燒		
<input type="checkbox"/> 左眼			<input type="checkbox"/> 早上點心後	<input type="checkbox"/> 咳嗽			
<input type="checkbox"/> 右眼			<input type="checkbox"/> 午餐前	<input type="checkbox"/> 腸胃炎			
			<input type="checkbox"/> 雙眼	<input type="checkbox"/> 午餐後	<input type="checkbox"/> 嘔吐		餵藥時間
				<input type="checkbox"/> 下午點心前	<input type="checkbox"/> 感冒		
				<input type="checkbox"/> 下午點心後	<input type="checkbox"/> 過敏		
				<input type="checkbox"/> 下午點心後	<input type="checkbox"/> 結膜炎		
				<input type="checkbox"/> 其他:	<input type="checkbox"/> 其他:		

請家長配合幼兒安全用藥原則:

請務必詳細填寫班級、座號、姓名及家長簽名

藥品劑量及服用時間填寫清楚，不餵成藥及未經醫師開立之藥物為了孩子健康著想如有發燒及身體不適者請盡量在家休息

* 爸爸媽媽的叮嚀:

* 備註(餵藥後有無不良反應):

臺北市私立達義幼兒園家長托藥單

幼兒姓名：_____ 班級：_____ 號碼：_____

教保服務機構託藥留存聯

日期	藥品種類 (1餐份藥劑)			餵藥時間	吃藥原因	家長簽名 (請簽全名)	餵藥者 簽名
	藥粉/包	藥水	藥膏/眼藥水				
	包	CC	部位:	<input type="checkbox"/> 早上點心前	<input type="checkbox"/> 發燒		
<input type="checkbox"/> 左眼			<input type="checkbox"/> 早上點心後	<input type="checkbox"/> 咳嗽			
<input type="checkbox"/> 右眼			<input type="checkbox"/> 午餐前	<input type="checkbox"/> 腸胃炎			
			<input type="checkbox"/> 雙眼	<input type="checkbox"/> 午餐後	<input type="checkbox"/> 嘔吐		餵藥時間
				<input type="checkbox"/> 下午點心前	<input type="checkbox"/> 感冒		
				<input type="checkbox"/> 下午點心後	<input type="checkbox"/> 過敏		
				<input type="checkbox"/> 下午點心後	<input type="checkbox"/> 結膜炎		
				<input type="checkbox"/> 其他:	<input type="checkbox"/> 其他:		

請家長配合幼兒安全用藥原則:

請務必詳細填寫班級、座號、姓名及家長簽名

藥品劑量及服用時間填寫清楚，不餵成藥及未經醫師開立之藥物為了孩子健康著想如有發燒及身體不適者請盡量在家休息

* 爸爸媽媽的叮嚀:

* 備註(餵藥後有無不良反應):