

新北市土城國小附設幼兒園114 學年餵藥單(個人用)

委託教師餵藥說明：

1. 幼兒如須在園內服藥，請家長務必填妥餵藥同意書，需每日填寫一張託藥單並放置於本次看診藥袋內，於早上入園時交給老師。
2. 每次請帶一天用藥量，並在藥袋內附上處方籤，以確保幼兒用藥安全。
3. 為顧及幼兒用藥安全，託藥以醫師處方箋為限，一般成藥、保健食品(益生菌...等)或成藥，侵入性塞劑及中藥請勿託付《中藥需有中醫師處方箋》，謝謝。
4. 幼兒用藥反應，家長願自行負責。

新北市土城國小附設幼兒園 114 學年託藥單				新北市土城國小附設幼兒園 114 學年託藥單			
姓名		日期	年 月 日	姓名		日期	年 月 日
用藥原因	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻涕 <input type="checkbox"/> 其他:_____			用藥原因	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻涕 <input type="checkbox"/> 其他:_____		
用藥時間	中午午餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後			用藥時間	中午午餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後		
份量	藥粉_____包	藥水_____C.C.		份量	藥粉_____包	藥水_____C.C.	
	藥丸_____顆	其他_____			藥丸_____顆	其他_____	
用藥方式	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 眼藥 <input type="checkbox"/> 其他:_____			用藥方式	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 眼藥 <input type="checkbox"/> 其他:_____		
備註	<input type="checkbox"/> 藥品需冷藏 <input type="checkbox"/> 其他_____			備註	<input type="checkbox"/> 藥品需冷藏 <input type="checkbox"/> 其他_____		
家長簽名：				家長簽名：			
餵藥時間： 時 分				餵藥時間： 時 分			
老師簽名：				老師簽名：			
服用後情形： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 其他				服用後情形： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 其他			
新北市土城國小附設幼兒園 114 學年託藥單				新北市土城國小附設幼兒園 114 學年託藥單			
姓名		日期	年 月 日	姓名		日期	年 月 日
用藥原因	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻涕 <input type="checkbox"/> 其他:_____			用藥原因	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻涕 <input type="checkbox"/> 其他:_____		
用藥時間	中午午餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後			用藥時間	中午午餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後		
份量	藥粉_____包	藥水_____C.C.		份量	藥粉_____包	藥水_____C.C.	
	藥丸_____顆	其他_____			藥丸_____顆	其他_____	
用藥方式	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 眼藥 <input type="checkbox"/> 其他:_____			用藥方式	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 眼藥 <input type="checkbox"/> 其他:_____		
備註	<input type="checkbox"/> 藥品需冷藏 <input type="checkbox"/> 其他_____			備註	<input type="checkbox"/> 藥品需冷藏 <input type="checkbox"/> 其他_____		
家長簽名：				家長簽名：			
餵藥時間： 時 分				餵藥時間： 時 分			
老師簽名：				老師簽名：			
服用後情形： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 其他				服用後情形： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 其他			