

財團法人天主教會台北教區附設臺北市私立曉星幼兒園「幼兒服藥委託書」

幼兒姓名：\_\_\_\_\_ 班級：\_\_\_\_\_

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)	餵藥者簽章
	藥粉/包	藥水	藥膏/ 眼藥水				
				<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 藥品須冷藏 <input type="checkbox"/> 備註：	<input type="checkbox"/> 腸胃炎 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 其他：		餵藥時間
	包	CC	部位				

1. 幼兒需在園服藥時，請詳填「幼兒服藥委託書」交給班上老師，若未交「幼兒服藥委託書」將無法協助服藥。
2. 請家長勾選餵藥時間。
3. 請家長配合幼兒安全用藥原則；
  - (1) 請務必詳細填寫班級、姓名及家長簽名。
  - (2) 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。
  - (3) 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。

\*備註(餵藥後有無不良反應，由老師填寫): 正常    有，說明：\_\_\_\_\_

財團法人天主教會台北教區附設臺北市私立曉星幼兒園「幼兒服藥委託書」

幼兒姓名：\_\_\_\_\_ 班級：\_\_\_\_\_

教保服務機構及留存聯

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)	餵藥者簽章
	藥粉/包	藥水	藥膏/ 眼藥水				
				<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 藥品須冷藏 <input type="checkbox"/> 備註：	<input type="checkbox"/> 腸胃炎 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 其他：		餵藥時間
	包	CC	部位				

1. 幼兒需在園服藥時，請詳填「幼兒服藥委託書」交給班上老師，若未交「幼兒服藥委託書」將無法協助服藥。
2. 請家長勾選餵藥時間。
3. 請家長配合幼兒安全用藥原則；
  - (1) 請務必詳細填寫班級、姓名及家長簽名。
  - (2) 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。
  - (3) 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。

\*備註(餵藥後有無不良反應，由老師填寫): 正常    有，說明：\_\_\_\_\_