# 財團法人陳德星堂附設臺北市私立德星幼兒園家長託藥單

學校託藥留存聯

**幼兒姓名： 班級： 號碼：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
| **114** | **藥粉/包** | **藥水** | **藥膏/眼藥水** | **午餐前後****/睡醒** | **□發燒****□咳嗽****□腸胃炎****□嘔吐****□感冒****□過敏****□結膜炎****□其他:** |  |  |
|  |  **包** |  **CC** | **部位:** | **□午餐前****□午餐後****□睡醒****□冷藏** |
| **餵藥時間** |
|  |

## 請家長配合幼兒安全用藥原則：

＊ 不餵成藥及未經醫師開立之藥物(附上醫師處方簽)

＊ 請備當日當次的用藥量，若有發燒請在家休息

## ＊爸爸媽媽的叮嚀：

＊備註(餵藥後有無不良反應)：

## □未能執行餵藥，原因：

**幼兒姓名： 班級： 號碼：**

□已協助幼兒服藥完畢，日期/時間：

家長託藥回執聯

□未能執行餵藥，原因：

協助餵藥者簽名： 聯絡電話：25567150轉16.17

# 財團法人陳德星堂附設臺北市私立德星幼兒園家長託藥單

**幼兒姓名： 班級： 號碼：**

學校託藥留存聯

學校託藥留存聯

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
| **114** | **藥粉/包** | **藥水** | **藥膏/眼藥水** | **午餐前後****/睡醒** | **□發燒****□咳嗽****□腸胃炎****□嘔吐****□感冒****□過敏****□結膜炎****□其他:** |  |  |
|  |  **包** |  **CC** | **部位:** | **□午餐前****□午餐後****□睡醒****□冷藏** |
| **餵藥時間** |
|  |

## 請家長配合幼兒安全用藥原則：

＊ 不餵成藥及未經醫師開立之藥物(附上醫師處方簽)

＊ 請備當日當次的用藥量，若有發燒請在家休息

## ＊爸爸媽媽的叮嚀：

＊備註(餵藥後有無不良反應)：

## □未能執行餵藥，原因：

**幼兒姓名： 班級： 號碼：**

□已協助幼兒服藥完畢，日期/時間：

家長託藥回執聯

□未能執行餵藥，原因：

協助餵藥者簽名： 聯絡電話：25567150轉16.17