

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 113	藥品種類 (1餐份藥劑)			餵藥時間 午餐前後 /睡醒	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"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 睡醒 <input type="checkbox"/> 冷藏	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 腸胃炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 其他:		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：未能執行餵藥，原因：

協助餵藥者簽名：

家長託藥回執聯

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

學校託藥留存聯

幼兒姓名： 班級： 號碼：

日期 113	藥品種類 (1餐份藥劑)			餵藥時間 午餐前後 /睡醒	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"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 睡醒 <input type="checkbox"/> 冷藏	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 腸胃炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 其他:		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：未能執行餵藥，原因：

協助餵藥者簽名：

家長託藥回執聯

聯絡電話：25567150轉16.17