**安樂國小附設幼兒園幼兒用藥託單 班級： 班 幼生姓名：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家 長** 填 寫 | □藥粉 包/次 □藥水 cc/次 □藥膏 /次 □眼藥水 眼 滴/次 | | | | | | | |
| 託藥期程： 年 月 日至 日  □中午(前/後)  ◎老師代餵之藥品，必須為合格醫師處方藥物，「**不代餵任何成藥、退燒藥水及塞劑**」。 | | | | | | | |
| ◻其他用藥說明或幼生健康注意事項 | | | | 開立藥品醫療院所 | | 家長簽名 | |
| **教師**填 寫 | **日期** | **月 日** | **月 日** | **月 日** | | **月 日** | | **月 日** |
| **用藥時間** | **時　　分** | **時 分** | **時　　分** | | **時　　分** | | **時　 　分** |
| **教師簽名** |  |  |  | |  | |  |
| **備住：** | | | | | | | |

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**安樂國小附設幼兒園幼兒用藥託單 班級： 班 幼生姓名：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家 長** 填 寫 | □藥粉 包/次 □藥水 cc/次 □藥膏 /次 □眼藥水 眼 滴/次 | | | | | | | |
| 託藥期程： 年 月 日至 日  □中午(前/後)  ◎老師代餵之藥品，必須為合格醫師處方藥物，「**不代餵任何成藥、退燒藥水及塞劑**」。 | | | | | | | |
| ◻其他用藥說明或幼生健康注意事項 | | | | 開立藥品醫療院所 | | 家長簽名 | |
| **教師**填 寫 | **日期** | **月 日** | **月 日** | **月 日** | | **月 日** | | **月 日** |
| **用藥時間** | **時　　分** | **時 分** | **時　　分** | | **時　　分** | | **時　 　分** |
| **教師簽名** |  |  |  | |  | |  |
| **備住：** | | | | | | | |

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------**安樂國小附設幼兒園幼兒用藥託單 班級： 班 幼生姓名：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家 長** 填 寫 | □藥粉 包/次 □藥水 cc/次 □藥膏 /次 □眼藥水 眼 滴/次 | | | | | | | |
| 託藥期程： 年 月 日至 日  □中午(前/後)  ◎老師代餵之藥品，必須為合格醫師處方藥物，「**不代餵任何成藥、退燒藥水及塞劑**」。 | | | | | | | |
| ◻其他用藥說明或幼生健康注意事項 | | | | 開立藥品醫療院所 | | 家長簽名 | |
| **教師**填 寫 | **日期** | **月 日** | **月 日** | **月 日** | | **月 日** | | **月 日** |
| **用藥時間** | **時　　分** | **時 分** | **時　　分** | | **時　　分** | | **時　 　分** |
| **教師簽名** |  |  |  | |  | |  |
| **備住：** | | | | | | | |