**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：** |