

臺北市新湖國小附設幼兒園 託藥單
(需經醫師診斷後之服藥)

※幼兒姓名：_____ 班別：_____

※用藥日期： 年 月 日

※用藥原因：感冒 過敏 其他_____

※用藥時間：上午點心後 午餐前 午餐後 午休後
下午點心後 其他_____

※服藥方式：

內服	藥粉_____包/匙，藥水_____種每次_____c. c. 藥丸_____種，各_____粒
外用	藥膏_____種
眼用	藥水_____種；藥膏_____種。 <input type="checkbox"/> 雙眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼

※家長簽名及緊急聯絡電話：_____

老師簽名：_____

託藥單-家長存根聯

●幼兒姓名：_____

●日期： 年 月 日

●完成託藥時間：_____

●託藥狀況：
沒問題； 吐藥

●特殊狀況：

老師簽名：_____

臺北市新湖國小附設幼兒園 託藥單
(需經醫師診斷後之服藥)

※幼兒姓名：_____ 班別：_____

※用藥日期： 年 月 日

※用藥原因：感冒 過敏 其他_____

※用藥時間：上午點心後 午餐前 午餐後 午休後
下午點心後 其他_____

※服藥方式：

內服	藥粉_____包/匙，藥水_____種每次_____c. c. 藥丸_____種，各_____粒
外用	藥膏_____種
眼用	藥水_____種；藥膏_____種。 <input type="checkbox"/> 雙眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼

※家長簽名及緊急聯絡電話：_____

老師簽名：_____

託藥單-家長存根聯

●幼兒姓名：_____

●日期： 年 月 日

●完成託藥時間：_____

●託藥狀況：
沒問題； 吐藥

●特殊狀況：

老師簽名：_____

臺北市新湖國小附設幼兒園 託藥單
(需經醫師診斷後之服藥)

※幼兒姓名：_____ 班別：_____

※用藥日期： 年 月 日

※用藥原因：感冒 過敏 其他_____

※用藥時間：上午點心後 午餐前 午餐後 午休後
下午點心後 其他_____

※服藥方式：

內服	藥粉_____包/匙，藥水_____種每次_____c. c. 藥丸_____種，各_____粒
外用	藥膏_____種
眼用	藥水_____種；藥膏_____種。 <input type="checkbox"/> 雙眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼

※家長簽名及緊急聯絡電話：_____

老師簽名：_____

託藥單-家長存根聯

●幼兒姓名：_____

●日期： 年 月 日

●完成託藥時間：_____

●託藥狀況：
沒問題； 吐藥

●特殊狀況：

老師簽名：_____