

# 臺中市中區光復國民小學附設幼兒園託藥單(個人用)

班級	班	幼兒姓名			
託藥日期	<u>  </u> 年 <u>  </u> 月 <u>  </u> 日至 <u>  </u> 年 <u>  </u> 月 <u>  </u> 日 (一張託藥單可使用5天，限同藥品) (不同藥品請更換新的一張託藥單)				
託藥時間	<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後	家長簽名			
託藥內容	<input type="checkbox"/> 每次藥包 <u>  </u> 包，藥水 <u>  </u> C.C. <input type="checkbox"/> 外用藥膏/眼藥水：用藥部位 _____ 劑量： <u>  </u> <input type="checkbox"/> 其他用藥說明： <u>  </u>				
<b>在校餵藥紀錄</b>					
餵藥日期	<u>  </u> 月 <u>  </u> 日	<u>  </u> 月 <u>  </u> 日	<u>  </u> 月 <u>  </u> 日	<u>  </u> 月 <u>  </u> 日	<u>  </u> 月 <u>  </u> 日
餵藥時間					
餵藥教師簽名					
備註	<b>為確保幼兒用藥安全，下列事項請家長配合：</b> 1. 請詳填 <u>託藥單</u> ，如未填寫 <u>託藥單</u> 或家長未簽名者不予餵藥。 2. 藥品以醫療機構所開立之藥品為限，不代餵成藥或保健食品；且用藥途徑不得以侵入方式為之(如：塞劑)。 3. 幼兒若有發燒情形，園方將通知家長帶回， <u>請勿帶退燒藥</u> 。 4. 請帶 <u>單次服用藥物</u> ，放置於 <u>藥袋</u> 內，並在每一包藥粉及藥水上標示幼兒姓名。 5. 託藥單若不敷使用，可自行影印或向老師索取。 6. 依據《幼兒教保及照顧服務實施準則》第11條規定辦理。				

# 臺中市中區光復國民小學附設幼兒園託藥單(個人用)

班級	班	幼兒姓名			
託藥日期	<u>  </u> 年 <u>  </u> 月 <u>  </u> 日至 <u>  </u> 年 <u>  </u> 月 <u>  </u> 日 (一張託藥單可使用5天，限同藥品) (不同藥品請更換新的一張託藥單)				
託藥時間	<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後	家長簽名			
託藥內容	<input type="checkbox"/> 每次藥包 <u>  </u> 包，藥水 <u>  </u> C.C. <input type="checkbox"/> 外用藥膏/眼藥水：用藥部位 _____ 劑量： <u>  </u> <input type="checkbox"/> 其他用藥說明： <u>  </u>				
<b>在校餵藥紀錄</b>					
餵藥日期	<u>  </u> 月 <u>  </u> 日	<u>  </u> 月 <u>  </u> 日	<u>  </u> 月 <u>  </u> 日	<u>  </u> 月 <u>  </u> 日	<u>  </u> 月 <u>  </u> 日
餵藥時間					
餵藥教師簽名					
備註	<b>為確保幼兒用藥安全，下列事項請家長配合：</b> 1. 請詳填 <u>託藥單</u> ，如未填寫 <u>託藥單</u> 或家長未簽名者不予餵藥。 2. 藥品以醫療機構所開立之藥品為限，不代餵成藥或保健食品；且用藥途徑不得以侵入方式為之(如：塞劑)。 3. 幼兒若有發燒情形，園方將通知家長帶回， <u>請勿帶退燒藥</u> 。 4. 請帶 <u>單次服用藥物</u> ，放置於 <u>藥袋</u> 內，並在每一包藥粉及藥水上標示幼兒姓名。 5. 託藥單若不敷使用，可自行影印或向老師索取。 6. 依據《幼兒教保及照顧服務實施準則》第11條規定辦理。				