

## 臺中市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	____年____月____日至____年____月____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____包, 藥水____C.C. <input type="checkbox"/> 外用藥膏/眼藥水: 用藥部位____劑量:____ <input type="checkbox"/> 其他用藥說明:____				
在校餵藥紀錄					
餵藥日期	____月____日	____月____日	____月____日	____月____日	____月____日
餵藥時間					
餵藥教師簽名					
備註	為確保幼兒用藥安全, 下列事項請家長配合: 1. 請詳填託藥單, 如未填寫託藥單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, 請勿帶退燒藥。 4. 請帶單次服用藥物, 放置於藥袋內, 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	____年____月____日至____年____月____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____包, 藥水____C.C. <input type="checkbox"/> 外用藥膏/眼藥水: 用藥部位____劑量:____ <input type="checkbox"/> 其他用藥說明:____				
在校餵藥紀錄					
餵藥日期	____月____日	____月____日	____月____日	____月____日	____月____日
餵藥時間					
餵藥教師簽名					
備註	為確保幼兒用藥安全, 下列事項請家長配合: 1. 請詳填託藥單, 如未填寫託藥單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, 請勿帶退燒藥。 4. 請帶單次服用藥物, 放置於藥袋內, 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。				