

臺北市義方附幼『幼兒服藥委託書』家長回執聯

請家長正確且完整填寫服藥委託書(上下聯均須填寫)，並請家長簽全名，如有特殊交待亦請於備註欄說明。

委託之藥量，請以當日收托時間所需用藥份量為限，請一併附上標有醫療院所名稱、幼兒姓名及用法用量之藥袋，以防誤食藥物。如需冷藏者亦請特別註明，液體口服藥請自備量杯。

本園僅協助用藥，有關藥物之副作用及不適症狀，請家長事先請示醫師並明確轉告園方協助注意。委託書可列印、影印使用。

班級：

幼兒姓名：

一、服藥日期：____年____月____日 午餐 前 後

二、服藥內容：

藥粉 包 藥水 (每次服用_____cc)

藥丸 (每次服用____粒) 藥膏/眼藥水(部位：_____)

三、用藥原因：(例如：感冒、咳嗽、腸胃炎、過敏等)

四、備註：_____

家長簽名(請簽全名)：

年 月 日

餵藥教師簽名：

餵藥時間： 時 分

臺北市義方國小附幼『幼兒服藥委託書』學校留存聯

班級：

幼兒姓名：

一、服藥日期：____年____月____日 午餐 前 後

二、服藥內容：

藥粉 包 藥水 (每次服用_____cc)

藥丸 (每次服用____粒) 藥膏/眼藥水(部位：_____)

三、用藥原因：(例如：感冒、咳嗽、腸胃炎、過敏等)

四、備註：_____

家長簽名(請簽全名)：

年 月 日

餵藥教師簽名：

餵藥時間： 時 分