

幼兒姓名： 班級： 班 座號：

日期	藥品種類 (1餐份藥劑)		家長簽名 (請簽全名)	吃藥原因	假藥時間	假藥者簽名
	藥粉/包	藥水				
年	藥粉/包	藥水	藥膏/眼藥水	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 腸胃炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 其他：	早 中 下	假藥時間
月	一 包	CC	部位：	<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 睡醒 <input type="checkbox"/> 冷藏	假藥者簽名	
日						

請家長配合幼兒安全用藥原則：
 * 不假成藥及未經醫師開立之藥物(附上醫師處方簽)
 * 請備當日當次的用藥量，若有發燒請在家休息
 * 爸爸媽媽的叮嚀：
 * 備註(假藥後有無不良反應)：
未能執行假藥，原因：

 幼兒姓名： 班級： 年 月 日/假藥時間： 座號：
已協助幼兒服藥完畢，原因：
未能執行假藥，原因：
 協助假藥者簽名： _____
 聯絡電話：2936-4473

家長託藥回執聯

幼兒姓名： 班級： 班 座號：

日期	藥品種類 (1餐份藥劑)		家長簽名 (請簽全名)	吃藥原因	假藥時間	假藥者簽名
	藥粉/包	藥水				
年	藥粉/包	藥水	藥膏/眼藥水	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 腸胃炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 其他：	早 中 下	假藥時間
月	一 包	CC	部位：	<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 睡醒 <input type="checkbox"/> 冷藏	假藥者簽名	
日						

請家長配合幼兒安全用藥原則：
 * 不假成藥及未經醫師開立之藥物(附上醫師處方簽)
 * 請備當日當次的用藥量，若有發燒請在家休息
 * 爸爸媽媽的叮嚀：
 * 備註(假藥後有無不良反應)：
未能執行假藥，原因：

 幼兒姓名： 班級： 年 月 日/假藥時間： 座號：
已協助幼兒服藥完畢，原因：
未能執行假藥，原因：
 協助假藥者簽名： _____
 聯絡電話：2936-4473

家長託藥回執聯

幼兒姓名： 班級： 班 座號：

日期	藥品種類 (1餐份藥劑)		家長簽名 (請簽全名)	吃藥原因	假藥時間	假藥者簽名
	藥粉/包	藥水				
年	藥粉/包	藥水	藥膏/眼藥水	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 腸胃炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 其他：	早 中 下	假藥時間
月	一 包	CC	部位：	<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 睡醒 <input type="checkbox"/> 冷藏	假藥者簽名	
日						

請家長配合幼兒安全用藥原則：
 * 不假成藥及未經醫師開立之藥物(附上醫師處方簽)
 * 請備當日當次的用藥量，若有發燒請在家休息
 * 爸爸媽媽的叮嚀：
 * 備註(假藥後有無不良反應)：
未能執行假藥，原因：

 幼兒姓名： 班級： 年 月 日/假藥時間： 座號：
已協助幼兒服藥完畢，原因：
未能執行假藥，原因：
 協助假藥者簽名： _____
 聯絡電話：2936-4473

家長託藥回執聯

幼兒姓名： 班級： 班 座號：

日期	藥品種類 (1餐份藥劑)		家長簽名 (請簽全名)	吃藥原因	假藥時間	假藥者簽名
	藥粉/包	藥水				
年	藥粉/包	藥水	藥膏/眼藥水	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 腸胃炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 其他：	早 中 下	假藥時間
月	一 包	CC	部位：	<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 睡醒 <input type="checkbox"/> 冷藏	假藥者簽名	
日						

請家長配合幼兒安全用藥原則：
 * 不假成藥及未經醫師開立之藥物(附上醫師處方簽)
 * 請備當日當次的用藥量，若有發燒請在家休息
 * 爸爸媽媽的叮嚀：
 * 備註(假藥後有無不良反應)：
未能執行假藥，原因：

 幼兒姓名： 班級： 年 月 日/假藥時間： 座號：
已協助幼兒服藥完畢，原因：
未能執行假藥，原因：
 協助假藥者簽名： _____
 聯絡電話：2936-4473

家長託藥回執聯