

新北市板橋區莒光國民小學附設幼兒園託藥單

幼兒 姓名		用藥 日期	月 日
用藥 時間	★請準備當天的藥量即可 ★請附上藥袋與處方籤 ★每日餵藥以 2 次為限，間隔 4-6 小時 早上點心 <input type="checkbox"/> 後 中午午餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 下午點心 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後		
份量 (1 次)	藥粉_____包 藥水_____c. c. 藥丸_____顆 其他_____		
用藥 方式	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 眼藥-左眼 <input type="checkbox"/> 、右眼 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 藥膏(部位: _____)其他: _____		
備註	<input type="checkbox"/> 藥品需冷藏 <input type="checkbox"/> 其他		
家長簽名：			
餵藥時間			
老師簽名			
用藥狀況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 嘔吐	

新北市板橋區莒光國民小學附設幼兒園託藥單

幼兒 姓名		用藥 日期	月 日
用藥 時間	★請準備當天的藥量即可 ★請附上藥袋與處方籤 ★每日餵藥以 2 次為限，間隔 4-6 小時 早上點心 <input type="checkbox"/> 後 中午午餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 下午點心 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後		
份量 (1 次)	藥粉_____包 藥水_____c. c. 藥丸_____顆 其他_____		
用藥 方式	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 眼藥-左眼 <input type="checkbox"/> 、右眼 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 藥膏(部位: _____)其他: _____		
備註	<input type="checkbox"/> 藥品需冷藏 <input type="checkbox"/> 其他		
家長簽名：			
餵藥時間			
老師簽名			
用藥狀況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 嘔吐	

新北市板橋區莒光國民小學附設幼兒園託藥單

幼兒 姓名		用藥 日期	月 日
用藥 時間	★請準備當天的藥量即可 ★請附上藥袋與處方籤 ★每日餵藥以 2 次為限，間隔 4-6 小時 早上點心 <input type="checkbox"/> 後 中午午餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 下午點心 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後		
份量 (1 次)	藥粉_____包 藥水_____c. c. 藥丸_____顆 其他_____		
用藥 方式	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 眼藥-左眼 <input type="checkbox"/> 、右眼 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 藥膏(部位: _____)其他: _____		
備註	<input type="checkbox"/> 藥品需冷藏 <input type="checkbox"/> 其他		
家長簽名：			
餵藥時間			
老師簽名			
用藥狀況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 嘔吐	

新北市板橋區莒光國民小學附設幼兒園託藥單

幼兒 姓名		用藥 日期	月 日
用藥 時間	★請準備當天的藥量即可 ★請附上藥袋與處方籤 ★每日餵藥以 2 次為限，間隔 4-6 小時 早上點心 <input type="checkbox"/> 後 中午午餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 下午點心 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後		
份量 (1 次)	藥粉_____包 藥水_____c. c. 藥丸_____顆 其他_____		
用藥 方式	<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 眼藥-左眼 <input type="checkbox"/> 、右眼 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 藥膏(部位: _____)其他: _____		
備註	<input type="checkbox"/> 藥品需冷藏 <input type="checkbox"/> 其他		
家長簽名：			
餵藥時間			
老師簽名			
用藥狀況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 嘔吐	