

臺北市立中山幼兒園家長托藥單

幼兒姓名：_____ 班級：_____ 號碼：_____

日期	藥品種類(1餐份藥劑)			餵藥時間	吃藥原因	家長簽名 (請簽全名)	餵藥者簽名
	藥粉/包	藥水	藥膏/眼藥水				
	__包	__CC	部位:	午餐前/後 前/後/冷藏	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 腸胃炎 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 其他:		

請家長配合幼兒安全用藥原則：

- * 請務必詳細填寫班級、座號、姓名及家長簽名
- * *藥品劑量及服用時間填寫清楚
- * *不餵成藥及未經醫師開立之藥物
- * *為了孩子健康著想如有發燒及身體不適者請盡量在家休息
- * 爸爸媽媽的叮嚀：

臺北市立中山幼兒園家長托藥單

幼兒姓名：_____ 班級：_____ 號碼：_____

日期	藥品種類(1餐份藥劑)			餵藥時間	吃藥原因	家長簽名 (請簽全名)	餵藥者簽名
	藥粉/包	藥水	藥膏/眼藥水				
	__包	__CC	部位:	午餐前/後 前/後/冷藏	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 腸胃炎 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 其他:		

請家長配合幼兒安全用藥原則：

- * 請務必詳細填寫班級、座號、姓名及家長簽名
- * *藥品劑量及服用時間填寫清楚
- * *不餵成藥及未經醫師開立之藥物
- * *為了孩子健康著想如有發燒及身體不適者請盡量在家休息
- * 爸爸媽媽的叮嚀：

臺北市立中山幼兒園家長托藥單

幼兒姓名：_____ 班級：_____ 號碼：_____

日期	藥品種類(1餐份藥劑)			餵藥時間	吃藥原因	家長簽名 (請簽全名)	餵藥者簽名
	藥粉/包	藥水	藥膏/眼藥水				
	__包	__CC	部位:	午餐前/後 前/後/冷藏	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 腸胃炎 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 其他:		

請家長配合幼兒安全用藥原則：

- * 請務必詳細填寫班級、座號、姓名及家長簽名
- * *藥品劑量及服用時間填寫清楚
- * *不餵成藥及未經醫師開立之藥物
- * *為了孩子健康著想如有發燒及身體不適者請盡量在家休息
- * 爸爸媽媽的叮嚀：