|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 臺北市新湖國小附設幼兒園 託藥單**（需經醫師診斷後之服藥）**※幼兒姓名： 班別： ※用藥日期： 年 月 日※用藥原因：□感冒 □過敏 □其他 ※用藥時間：□上午點心後 □午餐前 □午餐後 □午休後 □下午點心後 □其他 ※服藥方式：

|  |  |
| --- | --- |
| 內服 | 藥粉 包/匙，藥水 種每次 c.c. 藥丸 種，各 粒 |
| 外用 | 藥膏 種 |
| 眼用 | 藥水 種；藥膏\_\_\_\_\_種。□雙眼□左眼 □右眼 |

※家長簽名及緊急聯絡電話：  **老師簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  | **託藥單-家長存根聯****●幼兒姓名：** **●日期： 年 月 日****●完成託藥時間：** **●託藥狀況：** **□沒問題； □吐藥****●特殊狀況：** **老師簽名：**  |
| 臺北市新湖國小附設幼兒園 託藥單**（需經醫師診斷後之服藥）**※幼兒姓名： 班別： ※用藥日期： 年 月 日※用藥原因：□感冒 □過敏 □其他 ※用藥時間：□上午點心後 □午餐前 □午餐後 □午休後 □下午點心後 □其他 ※服藥方式：

|  |  |
| --- | --- |
| 內服 | 藥粉 包/匙，藥水 種每次 c.c. 藥丸 種，各 粒 |
| 外用 | 藥膏 種 |
| 眼用 | 藥水 種；藥膏\_\_\_\_\_種。□雙眼□左眼 □右眼 |

※家長簽名及緊急聯絡電話：  **老師簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  | **託藥單-家長存根聯****●幼兒姓名：** **●日期： 年 月 日****●完成託藥時間：** **●託藥狀況：** **□沒問題； □吐藥****●特殊狀況：** **老師簽名：**  |
| 臺北市新湖國小附設幼兒園 託藥單**（需經醫師診斷後之服藥）**※幼兒姓名： 班別： ※用藥日期： 年 月 日※用藥原因：□感冒 □過敏 □其他 ※用藥時間：□上午點心後 □午餐前 □午餐後 □午休後 □下午點心後 □其他 ※服藥方式：

|  |  |
| --- | --- |
| 內服 | 藥粉 包/匙，藥水 種每次 c.c. 藥丸 種，各 粒 |
| 外用 | 藥膏 種 |
| 眼用 | 藥水 種；藥膏\_\_\_\_\_種。□雙眼□左眼 □右眼 |

※家長簽名及緊急聯絡電話：  **老師簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  | **託藥單-家長存根聯****●幼兒姓名：** **●日期： 年 月 日****●完成託藥時間：** **●託藥狀況：** **□沒問題； □吐藥****●特殊狀況：** **老師簽名：**  |