|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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：** |