

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：_____