

慈濟學校財團法人慈濟大學附屬高級中學附設幼兒園用藥委託單

幼兒班級： 幼兒姓名：

用藥原因：☐感冒 ☐過敏 ☐腸胃不適 ☐眼科問題 ☐其他病因：

服藥日期： 年 月 日，至 年 月 日（以一週為限）

服藥時間：☐ 早餐後 ☐ 午餐後 ☐ 午睡後 ☐ 其他時段

服藥內容：藥粉顏色	色藥粉	包，藥水顏色	色藥水	C C
-----------	-----	--------	-----	-----

醫生指示用藥膏： 其他：

☐ 有嘔吐情形不再給藥 ☐ 有嘔吐情形，請於 分鐘後再照原劑量給藥一次

★ 託藥叮嚀：

1. 若有發燒情形，老師將以電話通知請家長接回，本園不接受委託服用退燒劑。
2. 託藥需附上：用藥委託單、醫師開立且效期內的處方箋(缺一無法協助餵藥)。
3. 醫生指示外用藥膏需有處醫方箋和託藥單才可協助塗擦。

本人委請班導師依委託單給予幼兒服藥，如發生副作用，本人願自行承擔責任。

委託人簽章：

日期：

日期									
時間									
簽名									

慈濟學校財團法人慈濟大學附屬高級中學附設幼兒園用藥委託單

幼兒班級： 幼兒姓名：

用藥原因：☐感冒 ☐過敏 ☐腸胃不適 ☐眼科問題 ☐其他病因：

服藥日期： 年 月 日，至 年 月 日（以一週為限）

服藥時間：☐ 早餐後 ☐ 午餐後 ☐ 午睡後 ☐ 其他時段

服藥內容：藥粉顏色	色藥粉	包，藥水顏色	色藥水	C C
-----------	-----	--------	-----	-----

醫生指示用藥膏： 其他：

☐ 有嘔吐情形不再給藥 ☐ 有嘔吐情形，請於 _____ 分鐘後再照原劑量給藥一次

★ 託藥叮嚀：

1. 若有發燒情形，老師將以電話通知請家長接回，本園不接受委託服用退燒劑。
2. 託藥需附上：用藥委託單、醫師開立且效期內的處方箋(缺一無法協助餵藥)。
3. 醫生指示外用藥膏需有處醫方箋和託藥單才可協助塗擦。

本人委請班導師依委託單給予幼兒服藥，如發生副作用，本人願自行承擔責任。

委託人簽章：

日期：

[illegible]