

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理) <b>託藥用藥單</b>	
日期：	班級： 姓名：
症狀： <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 腸胃 <input type="checkbox"/> 其他：	
內服藥	每日__次 每次__包/粒 藥水__CC <input type="checkbox"/> 藥品須冷藏 早餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 午餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 下午點心 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 ※服用中藥期間__日起__日止
外用藥	藥膏__瓶 一日__次 <input type="checkbox"/> 藥品須冷藏 眼藥水__瓶 每__時1次 左、右眼(請圈選)每次__滴 其他：
★小叮嚀：	
家長簽名：	
餵藥者簽名/餵藥時間： 早__ / __ 午__ / __ 下午點心__ / __	
※僅提供處方藥，只限帶當天份量※	

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理) <b>託藥用藥單</b>	
日期：	班級： 姓名：
症狀： <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 腸胃 <input type="checkbox"/> 其他：	
內服藥	每日__次 每次__包/粒 藥水__CC <input type="checkbox"/> 藥品須冷藏 早餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 午餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 下午點心 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 ※服用中藥期間__日起__日止
外用藥	藥膏__瓶 一日__次 <input type="checkbox"/> 藥品須冷藏 眼藥水__瓶 每__時1次 左、右眼(請圈選)每次__滴 其他：
★小叮嚀：	
家長簽名：	
餵藥者簽名/餵藥時間： 早__ / __ 午__ / __ 下午點心__ / __	
※僅提供處方藥，只限帶當天份量※	

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理) <b>託藥用藥單</b>	
日期：	班級： 姓名：
症狀： <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 腸胃 <input type="checkbox"/> 其他：	
內服藥	每日__次 每次__包/粒 藥水__CC <input type="checkbox"/> 藥品須冷藏 早餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 午餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 下午點心 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 ※服用中藥期間__日起__日止
外用藥	藥膏__瓶 一日__次 <input type="checkbox"/> 藥品須冷藏 眼藥水__瓶 每__時1次 左、右眼(請圈選)每次__滴 其他：
★小叮嚀：	
家長簽名：	
餵藥者簽名/餵藥時間： 早__ / __ 午__ / __ 下午點心__ / __	
※僅提供處方藥，只限帶當天份量※	

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理) <b>託藥用藥單</b>	
日期：	班級： 姓名：
症狀： <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 腸胃 <input type="checkbox"/> 其他：	
內服藥	每日__次 每次__包/粒 藥水__CC <input type="checkbox"/> 藥品須冷藏 早餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 午餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 下午點心 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 ※服用中藥期間__日起__日止
外用藥	藥膏__瓶 一日__次 <input type="checkbox"/> 藥品須冷藏 眼藥水__瓶 每__時1次 左、右眼(請圈選)每次__滴 其他：
★小叮嚀：	
家長簽名：	
餵藥者簽名/餵藥時間： 早__ / __ 午__ / __ 下午點心__ / __	
※僅提供處方藥，只限帶當天份量※	

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理) <b>託藥用藥單</b>	
日期：	班級： 姓名：
症狀： <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 腸胃 <input type="checkbox"/> 其他：	
內服藥	每日__次 每次__包/粒 藥水__CC <input type="checkbox"/> 藥品須冷藏 早餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 午餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 下午點心 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 ※服用中藥期間__日起__日止
外用藥	藥膏__瓶 一日__次 <input type="checkbox"/> 藥品須冷藏 眼藥水__瓶 每__時1次 左、右眼(請圈選)每次__滴 其他：
★小叮嚀：	
家長簽名：	
餵藥者簽名/餵藥時間： 早__ / __ 午__ / __ 下午點心__ / __	
※僅提供處方藥，只限帶當天份量※	

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理) <b>託藥用藥單</b>	
日期：	班級： 姓名：
症狀： <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 腸胃 <input type="checkbox"/> 其他：	
內服藥	每日__次 每次__包/粒 藥水__CC <input type="checkbox"/> 藥品須冷藏 早餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 午餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 下午點心 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 ※服用中藥期間__日起__日止
外用藥	藥膏__瓶 一日__次 <input type="checkbox"/> 藥品須冷藏 眼藥水__瓶 每__時1次 左、右眼(請圈選)每次__滴 其他：
★小叮嚀：	
家長簽名：	
餵藥者簽名/餵藥時間： 早__ / __ 午__ / __ 下午點心__ / __	
※僅提供處方藥，只限帶當天份量※	