

新北市中和區積穗國民小學附設幼兒園餵藥同意書(連續一週用藥單)

幼兒姓名：_____ 班級：_____ 日期：____月____日~____月____日

用藥原因：☐感冒 ☐支氣管炎 ☐腸胃炎 ☐其他_____

藥品內容：☐藥粉__包 ☐藥水____種，每次____c c

☐藥丸__種，各____粒 ☐藥膏_____

用藥時間：☐早餐後 ☐午飯後 ☐其他

注意事項：☐需冷藏☐使用前需搖勻 ☐其他_____

家長簽章：_____ 緊急聯絡人電話：_____

●*依「幼兒園教保服務實施準則」第十一條條文規定，老師受幼兒之法定代理人委託協助幼兒用藥，應以醫療機構所開立之藥品為限，其用藥方式不得以侵入方式為之。

●*幼兒之用藥反應，家長願自行負責。

週一	週二	週三	週四	週五
老師簽名：	老師簽名：	老師簽名：	老師簽名：	老師簽名：
餵藥時間：	餵藥時間：	餵藥時間：	餵藥時間：	餵藥時間：

新北市中和區積穗國民小學附設幼兒園餵藥同意書(連續一週用藥單)

幼兒姓名：_____ 班級：_____ 日期：____月____日~____月____日

用藥原因：☐感冒 ☐支氣管炎 ☐腸胃炎 ☐其他_____

藥品內容：☐藥粉__包 ☐藥水____種，每次____c c

☐藥丸__種，各____粒 ☐藥膏_____

用藥時間：☐早餐後 ☐午飯後 ☐其他

注意事項：☐需冷藏☐使用前需搖勻 ☐其他_____

家長簽章：_____ 緊急聯絡人電話：_____

●*依「幼兒園教保服務實施準則」第十一條條文規定，老師受幼兒之法定代理人委託協助幼兒用藥，應以醫療機構所開立之藥品為限，其用藥方式不得以侵入方式為之。

●*幼兒之用藥反應，家長願自行負責。

週一	週二	週三	週四	週五
老師簽名：	老師簽名：	老師簽名：	老師簽名：	老師簽名：
餵藥時間：	餵藥時間：	餵藥時間：	餵藥時間：	餵藥時間：