

臺北市成德附幼托藥單	幼兒姓名	班級		餵藥日期	餵藥時間	老師簽名	
	餵藥時間	早上點心 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 其他_____			月 日		
		中午午餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後			星期一		
		下午點心 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後			月 日		
	用藥方式	藥粉_____包 眼藥_____			月 日		
		藥水_____c.c. 藥膏_____			星期三		
注意事項	<input type="checkbox"/> 藥品_____須冷藏 <input type="checkbox"/> 其他_____			月 日			
	<input type="checkbox"/> 使用前搖勻			月 日			
家長簽名		聯絡電話		星期五			
備 註	1.非醫師處方箋之藥品(如：成藥、保健食品)·教師依法無法執行代餵。 2.為確保用藥安全，每次用藥時間需間隔四-六小時為宜。						

臺北市成德附幼托藥單	幼兒姓名	班級		餵藥日期	餵藥時間	老師簽名	
	餵藥時間	早上點心 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 其他_____			月 日		
		中午午餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後			星期一		
		下午點心 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後			月 日		
	用藥方式	藥粉_____包 眼藥_____			月 日		
		藥水_____c.c. 藥膏_____			星期三		
注意事項	<input type="checkbox"/> 藥品_____須冷藏 <input type="checkbox"/> 其他_____			月 日			
	<input type="checkbox"/> 使用前搖勻			月 日			
家長簽名		聯絡電話		星期五			
備 註	1.非醫師處方箋之藥品(如：成藥、保健食品)·教師依法無法執行代餵。 2.為確保用藥安全，每次用藥時間需間隔四-六小時為宜。						

臺北市成德附幼托藥單	幼兒姓名	班級		餵藥日期	餵藥時間	老師簽名	
	餵藥時間	早上點心 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 其他_____			月 日		
		中午午餐 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後			星期一		
		下午點心 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後			月 日		
	用藥方式	藥粉_____包 眼藥_____			月 日		
		藥水_____c.c. 藥膏_____			星期三		
注意事項	<input type="checkbox"/> 藥品_____須冷藏 <input type="checkbox"/> 其他_____			月 日			
	<input type="checkbox"/> 使用前搖勻			月 日			
家長簽名		聯絡電話		星期五			
備 註	1.非醫師處方箋之藥品(如：成藥、保健食品)·教師依法無法執行代餵。 2.為確保用藥安全，每次用藥時間需間隔四-六小時為宜。						

