

臺南市安南區和順國小附設幼兒園託藥單

班級		姓名		日期	
症狀	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 腹瀉(痛) <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉炎(痛) <input type="checkbox"/> 其他_____				
服藥	次數	藥量	服藥時間		
	1	藥包__包、藥水 __cc、其他_____	__時__分 <input type="checkbox"/> 飯前 <input type="checkbox"/> 飯後		
	2	藥包__包、藥水 __cc、其他_____	__時__分 <input type="checkbox"/> 飯前 <input type="checkbox"/> 飯後		
備註	<input type="checkbox"/> 藥品需冷藏 <input type="checkbox"/> 其他_____				
緊急聯絡人/電話：					
家長簽名：					
老師簽名：			服藥時間：		

臺南市安南區和順國小附設幼兒園託藥單

班級		姓名		日期	
症狀	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 腹瀉(痛) <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉炎(痛) <input type="checkbox"/> 其他_____				
服藥	次數	藥量	服藥時間		
	1	藥包__包、藥水 __cc、其他_____	__時__分 <input type="checkbox"/> 飯前 <input type="checkbox"/> 飯後		
	2	藥包__包、藥水 __cc、其他_____	__時__分 <input type="checkbox"/> 飯前 <input type="checkbox"/> 飯後		
備註	<input type="checkbox"/> 藥品需冷藏 <input type="checkbox"/> 其他_____				
緊急聯絡人/電話：					
家長簽名：					
老師簽名：			服藥時間：		

臺南市安南區和順國小附設幼兒園託藥單

班級		姓名		日期	
症狀	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 腹瀉(痛) <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉炎(痛) <input type="checkbox"/> 其他_____				
服藥	次數	藥量	服藥時間		
	1	藥包__包、藥水 __cc、其他_____	__時__分 <input type="checkbox"/> 飯前 <input type="checkbox"/> 飯後		
	2	藥包__包、藥水 __cc、其他_____	__時__分 <input type="checkbox"/> 飯前 <input type="checkbox"/> 飯後		
備註	<input type="checkbox"/> 藥品需冷藏 <input type="checkbox"/> 其他_____				
緊急聯絡人/電話：					
家長簽名：					
老師簽名：			服藥時間：		

臺南市安南區和順國小附設幼兒園託藥單

班級		姓名		日期	
症狀	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 腹瀉(痛) <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉炎(痛) <input type="checkbox"/> 其他_____				
服藥	次數	藥量	服藥時間		
	1	藥包__包、藥水 __cc、其他_____	__時__分 <input type="checkbox"/> 飯前 <input type="checkbox"/> 飯後		
	2	藥包__包、藥水 __cc、其他_____	__時__分 <input type="checkbox"/> 飯前 <input type="checkbox"/> 飯後		
備註	<input type="checkbox"/> 藥品需冷藏 <input type="checkbox"/> 其他_____				
緊急聯絡人/電話：					
家長簽名：					
老師簽名：			服藥時間：		