

兒童姓名：		班別：			
病因	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 敏感 <input type="checkbox"/> 其他 ( _____ )				
藥物類別及數量	<input type="checkbox"/> 藥水_____樽 <input type="checkbox"/> 藥片_____包 <input type="checkbox"/> 藥膏_____支 <input type="checkbox"/> 眼藥水_____樽 <input type="checkbox"/> 冷藏藥_____樽 <input type="checkbox"/> 其他 ( _____ )				
日期					
收藥職員簽署					
餵藥時間	午膳前/後 約 12 時				
	餵藥職員簽署				
	茶點前/後 約 4 時				
	餵藥職員簽署				
戒吃食物					
其他事項					

備註：請家長以「✓」號表示需服藥時間

家長簽署：\_\_\_\_\_

兒童姓名：		班別：			
病因	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 敏感 <input type="checkbox"/> 其他 ( _____ )				
藥物類別及數量	<input type="checkbox"/> 藥水_____樽 <input type="checkbox"/> 藥片_____包 <input type="checkbox"/> 藥膏_____支 <input type="checkbox"/> 眼藥水_____樽 <input type="checkbox"/> 冷藏藥_____樽 <input type="checkbox"/> 其他 ( _____ )				
日期					
收藥職員簽署					
餵藥時間	午膳前/後 約 12 時				
	餵藥職員簽署				
	茶點前/後 約 4 時				
	餵藥職員簽署				
戒吃食物					
其他事項					

備註：請家長以「✓」號表示需服藥時間

家長簽署：\_\_\_\_\_

兒童姓名：		班別：			
病因	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 敏感 <input type="checkbox"/> 其他 ( _____ )				
藥物類別及數量	<input type="checkbox"/> 藥水_____樽 <input type="checkbox"/> 藥片_____包 <input type="checkbox"/> 藥膏_____支 <input type="checkbox"/> 眼藥水_____樽 <input type="checkbox"/> 冷藏藥_____樽 <input type="checkbox"/> 其他 ( _____ )				
日期					
收藥職員簽署					
餵藥時間	午膳前/後 約 12 時				
	餵藥職員簽署				
	茶點前/後 約 4 時				
	餵藥職員簽署				
戒吃食物					
其他事項					

備註：請家長以「✓」號表示需服藥時間

家長簽署：\_\_\_\_\_

兒童姓名：		班別：			
病因	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 敏感 <input type="checkbox"/> 其他 ( _____ )				
藥物類別及數量	<input type="checkbox"/> 藥水_____樽 <input type="checkbox"/> 藥片_____包 <input type="checkbox"/> 藥膏_____支 <input type="checkbox"/> 眼藥水_____樽 <input type="checkbox"/> 冷藏藥_____樽 <input type="checkbox"/> 其他 ( _____ )				
日期					
收藥職員簽署					
餵藥時間	午膳前/後 約 12 時				
	餵藥職員簽署				
	茶點前/後 約 4 時				
	餵藥職員簽署				
戒吃食物					
其他事項					

備註：請家長以「✓」號表示需服藥時間

家長簽署：\_\_\_\_\_

