

汐止區金龍國小附設幼兒園託藥單

用藥日期	學生班級/姓名	症狀	藥品	用藥時間	家長簽名	老師簽名
月 日 星期〈 〉 (學校留存聯)	班級：	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉 嚨痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 眼疾 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 藥包__包 <input type="checkbox"/> 藥水__C.C <input type="checkbox"/> 眼藥 (雙眼/右眼/左眼) <input type="checkbox"/> 藥膏(塗抹於____) <input type="checkbox"/> 冷藏	中午 <input type="checkbox"/> 飯前 <input type="checkbox"/> 飯後		時 間
	姓名：	()				
月 日 星期〈 〉 (家長留存聯)	班級：	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉 嚨痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 眼疾 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 藥包__包 <input type="checkbox"/> 藥水__C.C <input type="checkbox"/> 眼藥 (雙眼/右眼/左眼) <input type="checkbox"/> 藥膏(塗抹於____) <input type="checkbox"/> 冷藏	中午 <input type="checkbox"/> 飯前 <input type="checkbox"/> 飯後		時 間
	姓名：	()				
月 日 星期〈 〉 (學校留存聯)	班級：	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉 嚨痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 眼疾 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 藥包__包 <input type="checkbox"/> 藥水__C.C <input type="checkbox"/> 眼藥 (雙眼/右眼/左眼) <input type="checkbox"/> 藥膏(塗抹於____) <input type="checkbox"/> 冷藏	中午 <input type="checkbox"/> 飯前 <input type="checkbox"/> 飯後		時 間
	姓名：	()				
月 日 星期〈 〉 (家長留存聯)	班級：	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉 嚨痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 眼疾 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 藥包__包 <input type="checkbox"/> 藥水__C.C <input type="checkbox"/> 眼藥 (雙眼/右眼/左眼) <input type="checkbox"/> 藥膏(塗抹於____) <input type="checkbox"/> 冷藏	中午 <input type="checkbox"/> 飯前 <input type="checkbox"/> 飯後		時 間
	姓名：	()				
月 日 星期〈 〉 (學校留存聯)	班級：	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉 嚨痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 眼疾 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 藥包__包 <input type="checkbox"/> 藥水__C.C <input type="checkbox"/> 眼藥 (雙眼/右眼/左眼) <input type="checkbox"/> 藥膏(塗抹於____) <input type="checkbox"/> 冷藏	中午 <input type="checkbox"/> 飯前 <input type="checkbox"/> 飯後		時 間
	姓名：	()				
月 日 星期〈 〉 (家長留存聯)	班級：	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉 嚨痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 眼疾 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 藥包__包 <input type="checkbox"/> 藥水__C.C <input type="checkbox"/> 眼藥 (雙眼/右眼/左眼) <input type="checkbox"/> 藥膏(塗抹於____) <input type="checkbox"/> 冷藏	中午 <input type="checkbox"/> 飯前 <input type="checkbox"/> 飯後		時 間
	姓名：	()				
月 日 星期〈 〉 (學校留存聯)	班級：	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉 嚨痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 眼疾 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 藥包__包 <input type="checkbox"/> 藥水__C.C <input type="checkbox"/> 眼藥 (雙眼/右眼/左眼) <input type="checkbox"/> 藥膏(塗抹於____) <input type="checkbox"/> 冷藏	中午 <input type="checkbox"/> 飯前 <input type="checkbox"/> 飯後		時 間
	姓名：	()				
月 日 星期〈 〉 (家長留存聯)	班級：	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉 嚨痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 眼疾 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 藥包__包 <input type="checkbox"/> 藥水__C.C <input type="checkbox"/> 眼藥 (雙眼/右眼/左眼) <input type="checkbox"/> 藥膏(塗抹於____) <input type="checkbox"/> 冷藏	中午 <input type="checkbox"/> 飯前 <input type="checkbox"/> 飯後		時 間
	姓名：	()				