

臺北市萬興國小附設幼兒園『幼兒服藥委託書』 (附件一)

班 級： \_\_\_\_\_ 幼兒姓名： \_\_\_\_\_

服藥日期： 年 月 日至 年 月 日

一、服藥時間：早餐後 午餐前 午餐後 午睡後  
每隔\_\_\_\_\_小時服用

二、服藥內容：藥粉白包紅包(體溫超過\_\_\_\_度時服用)

藥水(每次\_\_\_\_格) 藥丸(每次服用\_\_\_\_粒)

中藥其他\_\_\_\_\_

三、疾病症狀：發燒 咳嗽 嘔吐 腹瀉 其他  
\_\_\_\_\_

四、緊急聯絡人：\_\_\_\_\_與幼兒關係：\_\_\_\_\_聯絡電話：  
\_\_\_\_\_

五、服藥情形：正常 其他\_\_\_\_\_

註：1.幼兒須在園服藥時請詳填『幼兒服藥委託書』交班上老師，  
如發生任何副作用，請家長自行負責。

2.家長若未交『幼兒服藥委託書』給老師，老師無法在園協助幼兒服藥。

3.可影印使用或直接入園填寫服藥委託單。

家長簽名/蓋章： \_\_\_\_\_ 日期： 年 月 日