

附件《用藥委託單》

大城國小附設幼兒園

用藥委託單

家長委託教師協助幼兒用藥時，應以醫療機構所開立之藥品為限，教保服務人員協助幼兒用藥時，應確實核對藥品、藥袋之記載，並依所載方式用藥，其用藥途徑不得以侵入方式為之。

幼兒： 姓名：	醫療： 機構：
症狀：	
服藥療程：自民國____年____月____日起 至民國____年____月____日止	
服藥時間：早上點心 ☐ 前 ☐ 後 中午午餐 ☐ 前 ☐ 後 下午點心 ☐ 前 ☐ 後	
藥品： ☐ 藥粉____包 ☐ 藥水____c.c. ☐ 其他：	
備註：	

家長簽名：

大城國小附設幼兒園

用藥委託單

家長委託教師協助幼兒用藥時，應以醫療機構所開立之藥品為限，教保服務人員協助幼兒用藥時，應確實核對藥品、藥袋之記載，並依所載方式用藥，其用藥途徑不得以侵入方式為之。

幼兒： 姓名：	醫療： 機構：
症狀：	
服藥療程：自民國____年____月____日起 至民國____年____月____日止	
服藥時間：早上點心 ☐ 前 ☐ 後 中午午餐 ☐ 前 ☐ 後 下午點心 ☐ 前 ☐ 後	
藥品： ☐ 藥粉____包 ☐ 藥水____c.c. ☐ 其他：	
備註：	

家長簽名：



大城國小附設幼兒園

用藥委託單

家長委託教師協助幼兒用藥時，應以醫療機構所開立之藥品為限，教保服務人員協助幼兒用藥時，應確實核對藥品、藥袋之記載，並依所載方式用藥，其用藥途徑不得以侵入方式為之。

幼兒： 姓名：	醫療： 機構：
症狀：	
服藥療程：自民國____年____月____日起 至民國____年____月____日止	
服藥時間：早上點心 ☐ 前 ☐ 後 中午午餐 ☐ 前 ☐ 後 下午點心 ☐ 前 ☐ 後	
藥品： ☐ 藥粉____包 ☐ 藥水____c.c. ☐ 其他：	
備註：	

家長簽名：

大城國小附設幼兒園

用藥委託單

家長委託教師協助幼兒用藥時，應以醫療機構所開立之藥品為限，教保服務人員協助幼兒用藥時，應確實核對藥品、藥袋之記載，並依所載方式用藥，其用藥途徑不得以侵入方式為之。

幼兒： 姓名：	醫療： 機構：
症狀：	
服藥療程：自民國____年____月____日起 至民國____年____月____日止	
服藥時間：早上點心 ☐ 前 ☐ 後 中午午餐 ☐ 前 ☐ 後 下午點心 ☐ 前 ☐ 後	
藥品： ☐ 藥粉____包 ☐ 藥水____c.c. ☐ 其他：	
備註：	

家長簽名：
