

香港基督教女青年會紹邦幼兒學校

服用藥物登記

兒童姓名： _____ 班別： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

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"/> 眼藥水 _____ 樽	<input type="checkbox"/> 藥片 _____ 包 <input type="checkbox"/> 冷藏藥 _____ 樽	<input type="checkbox"/> 藥膏 _____ 支 <input type="checkbox"/> 其他(_____)	
服藥時間	<input type="checkbox"/> 午膳後(約 _____ 時) <input type="checkbox"/> 茶點前(約 _____ 時) <input type="checkbox"/> 茶點後(約 _____ 時)			
戒吃食物			其他事項	
服用藥物記錄	服用時間： _____		負責人員： _____	
	服用時間： _____		負責人員： _____	

備註：1. 幼兒服用的藥物必須為註冊西醫處方，藥物上清楚列明處方日期、幼兒姓名、藥物名稱、服用份量。
 2. 非醫生處方及過期一週或以上的藥物，恕不接受。

家長簽署： _____

經手人姓名及簽署： _____	日期： _____
-----------------	-----------

香港基督教女青年會紹邦幼兒學校

服用藥物登記

兒童姓名： _____ 班別： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

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"/> 眼藥水 _____ 樽	<input type="checkbox"/> 藥片 _____ 包 <input type="checkbox"/> 冷藏藥 _____ 樽	<input type="checkbox"/> 藥膏 _____ 支 <input type="checkbox"/> 其他(_____)	
服藥時間	<input type="checkbox"/> 午膳後(約 _____ 時) <input type="checkbox"/> 茶點前(約 _____ 時) <input type="checkbox"/> 茶點後(約 _____ 時)			
戒吃食物			其他事項	
服用藥物記錄	服用時間： _____		負責人員： _____	
	服用時間： _____		負責人員： _____	

備註：1. 幼兒服用的藥物必須為註冊西醫處方，藥物上清楚列明處方日期、幼兒姓名、藥物名稱、服用份量。
 2. 非醫生處方及過期一週或以上的藥物，恕不接受。

家長簽署： _____

經手人姓名及簽署： _____	日期： _____
-----------------	-----------