

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				
	特別安排約3時				
	餵藥職員簽署				
戒吃食物					戒吃日期至： 止
其他事項					

- 備註：1. 請家長以「✓」號表示需服藥時間。
 2. 藥物必須由政府註冊西醫處方，本校才會給學生服用。
 3. 每款藥物要有學生中文全名、西醫處方日期及服用份量。
 4. 家長請於早上在家餵子女服用第一次藥才返學校。
 5. 其他餵藥須知詳情，請參閱家長手冊之家長注意事項。

家長簽署：_____

日期：_____

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				
	特別安排約3時				
	餵藥職員簽署				
戒吃食物					戒吃日期至： 止
其他事項					

- 備註：1. 請家長以「✓」號表示需服藥時間。
 2. 藥物必須由政府註冊西醫處方，本校才會給學生服用。
 3. 每款藥物要有學生中文全名、西醫處方日期及服用份量。
 4. 家長請於早上在家餵子女服用第一次藥才返學校。
 5. 其他餵藥須知詳情，請參閱家長手冊之家長注意事項。

家長簽署：_____

日期：_____