

班級：

日期	年 月 日	服藥內容	1. <input type="checkbox"/> 藥粉__包
服藥時間	<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 其它時段_____		2. <input type="checkbox"/> 藥水，每次__cc 3. <input type="checkbox"/> 眼藥水 _____瓶(種) 4. <input type="checkbox"/> 藥膏_____塗抹_____ 5. <input type="checkbox"/> 其他_____
服藥原因	<input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 腸胃炎 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
家長簽名：		餵藥老師簽名：	

幼兒姓名：

日期	年 月 日	服藥內容	1. <input type="checkbox"/> 藥粉__包
服藥時間	<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 其它時段_____		2. <input type="checkbox"/> 藥水，每次__cc 3. <input type="checkbox"/> 眼藥水 _____瓶(種) 4. <input type="checkbox"/> 藥膏_____塗抹_____ 5. <input type="checkbox"/> 其他_____
服藥原因	<input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 腸胃炎 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
家長簽名：		餵藥老師簽名：	

日期	年 月 日	服藥內容	1. <input type="checkbox"/> 藥粉__包
服藥時間	<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 其它時段_____		2. <input type="checkbox"/> 藥水，每次__cc 3. <input type="checkbox"/> 眼藥水 _____瓶(種) 4. <input type="checkbox"/> 藥膏_____塗抹_____ 5. <input type="checkbox"/> 其他_____
服藥原因	<input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 腸胃炎 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
家長簽名：		餵藥老師簽名：	

日期	年 月 日	服藥內容	1. <input type="checkbox"/> 藥粉__包
服藥時間	<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 其它時段_____		2. <input type="checkbox"/> 藥水，每次__cc 3. <input type="checkbox"/> 眼藥水 _____瓶(種) 4. <input type="checkbox"/> 藥膏_____塗抹_____ 5. <input type="checkbox"/> 其他_____
服藥原因	<input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 腸胃炎 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
家長簽名：		餵藥老師簽名：	

日期	年 月 日	服藥內容	1. <input type="checkbox"/> 藥粉__包
服藥時間	<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 其它時段_____		2. <input type="checkbox"/> 藥水，每次__cc 3. <input type="checkbox"/> 眼藥水 _____瓶(種) 4. <input type="checkbox"/> 藥膏_____塗抹_____ 5. <input type="checkbox"/> 其他_____
服藥原因	<input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 腸胃炎 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
家長簽名：		餵藥老師簽名：	

日期	年 月 日	服藥內容	1. <input type="checkbox"/> 藥粉__包
服藥時間	<input type="checkbox"/> 午餐前 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 其它時段_____		2. <input type="checkbox"/> 藥水，每次__cc 3. <input type="checkbox"/> 眼藥水 _____瓶(種) 4. <input type="checkbox"/> 藥膏_____塗抹_____ 5. <input type="checkbox"/> 其他_____
服藥原因	<input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 腸胃炎 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
家長簽名：		餵藥老師簽名：	