



## 聖保祿學校

### 申請學校管理藥物

#### 注意事項：

1. 學生如身體不適，應留在家中休息，直至痊癒後才回校上課
2. 家長/監護人需填寫及簽署本表格，否則本校不會讓學生在校內服藥
3. 在校內服用的藥物必須為**醫生處方**的藥物，只依據醫囑上的指示餵服。藥物包裝上須列有學生姓名、藥物名稱及服用途徑
4. 如藥物已過期、開封受潮太久、變色等情況，校方將不協助學生使用有關藥物
5. 校長已批准本校人員管理藥物

#### 學生及藥物資料

學生姓名：		班別：		
藥物來源： 診所 / 醫院		醫生診斷：		
開始服藥日期： 年 月 日		服用天數：		
在校服藥時間：		上次服藥時間：		
	藥物名稱	途徑 (口服/外用)	用量 (請上劑量及圈出選項)	冷藏
1			每日_____次，每次_____(粒、毫升、包)	
2			每日_____次，每次_____(粒、毫升、包)	
3			每日_____次，每次_____(粒、毫升、包)	
4			每日_____次，每次_____(粒、毫升、包)	
5			每日_____次，每次_____(粒、毫升、包)	
注意事項：				

#### 家長/監護人資料

姓名：\_\_\_\_\_ 與學生關係：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

本人知悉學生在校使用藥物有風險，如出現因服藥後出現不良反應，校方無需承擔任何責任。

\_\_\_\_\_  
家長/監護人簽署

簽署日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
年(yyyy) 月(mm) 日(dd)