



申請學校管理藥物

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。在校內服用的藥物必須為醫生處方的藥物。校長已批准本校人員管理藥物。

學生資料

中文姓名：_____ 外文姓名或譯音：_____

身份證明文件類別及號碼：_____ 班別：_____

出生日期：_____/_____/_____
年(yyyy) 月(mm) 日(dd) 性別：男 女

住址：_____

醫生診斷：_____

藥物資料

藥物名稱/藥物類型（如容器上所述）：_____

開始服藥日期：_____/_____/_____
年(yyyy) 月(mm) 日(dd) 服用天數：_____

服用方法：藥水_____枝；每_____小時服_____格
藥丸_____粒；每_____小時服_____粒

上次服藥時間：_____

特別注意事項：_____

副作用：_____

採取緊急措施的程序：_____

家長/監護人資料

姓名：_____ 與學生關係：_____

住址：_____

住宅電話：_____ 手提電話：_____

本人知道我必須親自把藥物交給學校批准處理藥物的工作人員，並且接受學校沒有義務進行這服務。

家長/監護人簽署

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