

臺北市立文山特殊教育學校協助用藥委託書-依教育局函示規定辦理 108 修訂

學部：_____部 年級/班級：_____/_____ 學生姓名：_____

● 委託用藥須知：

- 一、學生在校期間如需服藥，請家長填寫協助服藥委託書，以便老師掌握學生服藥事項，確保服藥安全。
- 二、填寫完成協助服藥委託書，請夾在聯絡本封面裡繳交予各班老師留存檔案，老師協助學生服藥後，將會於聯絡本上做註記。
- 三、常規性長期用藥，請於日期上填寫本學期日期（例 108.8.30 至 109.1.17），學期中若有更改用藥請重新填寫協助服藥委託書為依據。
- 四、老師代為餵服之藥品，必須為當次合格醫師處方藥物，恕不代餵任何舊藥、成藥、不明來源藥物或未經正式檢定合格之中醫師處方用藥。
- 五、攜帶藥量請以當日需協助服用藥物份量為限，醫院藥袋請註明班別、姓名、藥物資訊以防誤食；餵藥後若遇學生嘔吐，無法另行補餵以防止服藥劑量過量。

● 本人請求老師協助我的孩子服用所攜帶之藥物事項委託如下：

藥物	用藥狀況說明	用藥期限	用藥時間	用藥劑量	用藥方式部位
疾病： 藥名：	☐ 常規治療(如：癲癇) ☐ 臨時用藥(如：感冒) ☐ 特殊緊急備用藥併附_____醫院醫囑	預定 年 月 日 至 年 月 日	☐ 早上 __: __ ☐ 中午飯前 ☐ 中午飯後 ☐ 下午 __: __	☐ 藥水__cc ☐ 藥粉__包 ☐ 藥丸__粒 ☐ 其他____	☐ 口服 ☐ 外擦部位____ ☐ 塞劑部位____ ☐ 其他：____
疾病： 藥名：	☐ 常規治療(如：癲癇) ☐ 臨時用藥(如：感冒) ☐ 特殊緊急備用藥併附_____醫院醫囑	預定 年 月 日 至 年 月 日	☐ 早上 __: __ ☐ 中午飯前 ☐ 中午飯後 ☐ 下午 __: __	☐ 藥水__cc ☐ 藥粉__包 ☐ 藥丸__粒 ☐ 其他____	☐ 口服 ☐ 外擦部位____ ☐ 塞劑部位____ ☐ 其他：____
疾病： 藥名：	☐ 常規治療(如：癲癇) ☐ 臨時用藥(如：感冒) ☐ 特殊緊急備用藥併附_____醫院醫囑	預定 年 月 日 至 年 月 日	☐ 早上 __: __ ☐ 中午飯前 ☐ 中午飯後 ☐ 下午 __: __	☐ 藥水__cc ☐ 藥粉__包 ☐ 藥丸__粒 ☐ 其他____	☐ 口服 ☐ 外擦部位____ ☐ 塞劑部位____ ☐ 其他：____
疾病： 藥名：	☐ 常規治療(如：癲癇) ☐ 臨時用藥(如：感冒) ☐ 特殊緊急備用藥併附_____醫院醫囑	預定 年 月 日 至 年 月 日	☐ 早上 __: __ ☐ 中午飯前 ☐ 中午飯後 ☐ 下午 __: __	☐ 藥水__cc ☐ 藥粉__包 ☐ 藥丸__粒 ☐ 其他____	☐ 口服 ☐ 外擦部位____ ☐ 塞劑部位____ ☐ 其他：____

**請維護學生健康用藥安全，未詳細填寫或備藥不符時，依規定恕難協助餵藥，謝謝。

家長簽名：_____ 中華民國____年____月____日