

# 中華基督教會基法小學 學生服用藥物紀錄表

## 甲部.家長授權書 ( 由家長填寫 )

本人\_\_\_\_\_，授權中華基督教會基法小學代本人協助子女 ( 姓名：\_\_\_\_\_ 班別：\_\_\_\_\_ ) 服用由註冊醫生處方的藥物。服用藥物資料如下：

	藥物名稱	在校需服用的日期及時間	每次服用劑量	服用方法及注意事項： 口服或其他 ( 請註明 )	是否需要老師協助
例：	咳藥水	15 / 11 / 24 上午 9 : 25 15 / 11 / 24 下午 1 : 45	1 格	<input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 塗抹在 _____ <input type="checkbox"/> 滴在 _____	<input checked="" type="checkbox"/> 需老師協助* <input type="checkbox"/> 學生自行服用
1	<input type="checkbox"/> 藥水 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 藥丸 _____ <input type="checkbox"/> 藥膏 _____	_____ 日 _____ 月 _____ 年 午 ____ : ____		<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 塗抹在 _____ <input type="checkbox"/> 滴在 _____	<input type="checkbox"/> 需老師協助* <input type="checkbox"/> 學生自行服用
2	<input type="checkbox"/> 藥水 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 藥丸 _____ <input type="checkbox"/> 藥膏 _____	_____ 日 _____ 月 _____ 年 午 ____ : ____		<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 塗抹在 _____ <input type="checkbox"/> 滴在 _____	<input type="checkbox"/> 需老師協助* <input type="checkbox"/> 學生自行服用

備註：為使藥物能正確使用，家長除遞交本表格外，亦應致電或親身到校與班主任聯絡。

免責聲明：雖然本校教職員定當盡力確保上述指示能正確執行，但由於學校日常工作繁重，並教職員需要不時處理學生事務，因此無法作出保證。故特此聲明，教職員及本校不能就任何錯誤或遺漏等承擔任何責任。如學生有服用藥物需要，本校歡迎及鼓勵家長到校進行餵藥安排。

「老師協助」即老師會在上表列寫時間提醒學生服藥，老師亦會協助學生倒藥水及檢查服用藥物的份量，然後由學生自行服用。如學生需服用藥水，敬請 貴家長為子女預備倒藥水的小杯，以便學生倒藥及服藥。

老師協助學生服藥時需帶學生到醫療室外服用，並在閉路電視監視下完成，以保障老師和同學。

家長簽署：\_\_\_\_\_ 家長姓名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

## 乙部.服用藥物紀錄表 ( 由學校授權之教職員填寫 )

教職員收到由家長填妥的服用藥物紀錄表後，需印備一份交校務處麥主任存檔。

獲授權協助學生服藥的教職員必須在每次協助學生服藥時，重新再核對以下所有資料：

學生服藥日期	學生服藥時間	獲授權教職員簽署

--	--	--

位置：P：\ \_01 NEW \ 20 校務處 \ 20A 表格 \ 授權服用藥物紀錄表  
此資料將於每學年結束時銷毀。