

白沙鄉立幼兒園託藥及餵藥標準作業流程

注意事項：

1. 為顧及兒童用藥安全，委託藥物需為「當次」醫療機構所開立藥品，因此非當次、成藥、過往就診遺留的藥物、保健食品等皆無法成為委託藥品。
2. 藥品務必使用藥袋包裝；藥袋上應載明姓名、藥名、劑量、用法及調劑日期等資訊，如藥袋無法標示應附上「藥品明細表」。

託藥單書寫範例



託藥單

白沙鄉立幼兒園－幼童服藥委託單

班級	幼兒姓名	託藥日期 年 月 日
就醫診所	診斷	藥物特殊存放方式 ☐ 冷藏 ☐ 避光 ☐ 其他_____
託藥時間&內容		
☐ 上午：點心前／後 ☐ 藥粉 包 藥水 CC		外用藥膏／藥水
☐ 中午：午餐前／後 ☐ 藥粉 包 藥水 CC		☐ 上午 ☐ 中午 ☐ 下午 ☐ 需要時 用藥部位：
☐ 下午：點心前／後 ☐ 藥粉 包 藥水 CC		
☐ 每次用藥須間隔 小時 ※注意事項：		
家長簽名： 授權以上方式協助幼兒用藥。		餵藥者簽名： (註明執行時間)
說明：1. 幼兒如需在園服藥時，<u>請詳填此託藥單，並用處方藥袋包裝</u>完整交予班級老師。 2. 藥袋上應載明姓名、藥名、劑量、用法及調劑日期等資訊，<u>如藥袋無法標示應附上「藥品明細表」。</u> 3. 用藥僅限當次處方簽內容，非本次、成藥、保健產品等皆不在受託範圍內。 4. 此託藥單請家長自行影印使用，本園不再另行印製。		



託藥單

白沙鄉立幼兒園－幼童服藥委託單

班級	幼兒姓名	託藥日期 年 月 日
就醫診所	診斷	藥物特殊存放方式 ☐ 冷藏 ☐ 避光 ☐ 其他_____
託藥時間&內容		
☐ 上午：點心前／後 ☐ 藥粉 包 藥水 CC		外用藥膏／藥水
☐ 中午：午餐前／後 ☐ 藥粉 包 藥水 CC		☐ 上午 ☐ 中午 ☐ 下午 ☐ 需要時 用藥部位：
☐ 下午：點心前／後 ☐ 藥粉 包 藥水 CC		
☐ 每次用藥須間隔 小時 ※注意事項：		
家長簽名： 授權以上方式協助幼兒用藥。		餵藥者簽名： (註明執行時間)
說明：1. 幼兒如需在園服藥時，<u>請詳填此託藥單，並用處方藥袋包裝</u>完整交予班級老師。 2. 藥袋上應載明姓名、藥名、劑量、用法及調劑日期等資訊，<u>如藥袋無法標示應附上「藥品明細表」。</u> 3. 用藥僅限當次處方簽內容，非本次、成藥、保健產品等皆不在受託範圍內。 4. 此託藥單請家長自行影印使用，本園不再另行印製。		

託藥藥袋及藥品明細表範例

藥袋：藥袋上應載明姓名、藥名、劑量、用法及調劑日期等資訊

	藥局： 大藥局
	藥師： 黃藥師
	地址： 台中市西屯區中港路三段97號12樓之1
	電話： 23582832
(請蓋店章) 就醫序號：0001	
日期/時間：2006/7/6 Date/Time	
病歷號：121012765 History No.	
領藥號： Prescription No.	
姓名： 王小明 Patient Name	性別/年齡： / 43 Gender/Age
藥袋數： 1/5 Bag No.	
用法用量：口服 (ORAL)，每日一次 每次：1 粒	
Usage and Dosage：	
處方天數： 2 天 Duration day(s)	
藥名： 紐黴素糖衣錠 500,000 單位 (耐黴菌素) / MYCOSTATIN 500000Units	
發藥量： 2.0 Quantity	
藥品費： 124	
藥事服務費： 45	
合計： 169	
自行負擔： 0	
健保申請： 95	
外觀： 圓凸形，暗紅橙 Appearance：	
藥物作用： 便秘、腹瀉、頭暈、昏昏欲睡、頭痛、噁心、嘔吐	
Clinical Uses： 治療由白色念珠菌所引起之口腔、皮膚及腸內諸感染	
注意事項： 1. 勿自行停藥 2. 請隨餐服用本藥 3. 勿併服制酸劑	
Precautions： 發燒和寒顫、皮膚紅疹或癢	
處方醫師： 林春嬌 Physician	調劑藥師： 黃藥師 Dispensing Pharmacist
就診科別： 40牙科 Division	核對藥師： 黃藥師 Verified Pharmacist
調劑藥樓： Dispensing table	

請核對姓名、藥袋總數、藥品名稱、外觀及數量；並注意效期，未標示者為三個月
Please verify your name, total bag number, drug name, appearance, and quantity. The expiration date is three-month unless labeled on the package.

		皇秦大藥局 全民健康保險 特約藥局	
姓名		性別	☐ 男 ☐ 女
內服藥	☐ 每日3次 (間隔6小時 早、中、晚)	☐ 藥水	CC
	☐ 每日4次 (三餐時間 + 睡前)	☐ 藥水	CC
	☐ 睡前 ☐ 服用1包 (粒)	☐ 藥水	CC
	☐ 飯前 ☐ 飯後 ☐ 飯前/飯後 都可以		
	☐ 發燒 ☐ 腹瀉 ☐ 服用一包 (粒)	☐ 藥水	CC
	☐ 其它用藥指示 (口頭諮詢)		
外用藥	☐ 藥膏 ☐ 盒；一天3次		
	☐ 口內膏 ☐ 擦劑/洗劑	☐ 酸痛貼布	
	☐ 栓劑 ☐ 眼藥	☐ 其他	
	請依用藥指示 (口頭詢問)		
調劑藥師	☐ 林入萬 ☐ 陳通筠	日期：	月 日
免費 慢性病連續處方箋 (各大醫院)			
藥局電話： 02-2226-9636			
藥局營業時間： 周一到周六 09:00~22:00 ***周日 14:00~22:00；周日早上休息			
診所電話： 02-2221-9825			
診所營業時間： 周一到周五 (假日休診) — 以公告為準 09:00~12:00；19:30~21:00			
地址： 新北市中和區中山路三段39-1號 (元氣大鎮)			

如為以下託藥藥袋，應附上藥品明細表

藥品明細表：藥品明細表上應載明姓名、藥品名稱、用量、數量、天數、藥品服用方法及調劑者姓名等資訊



健保藥局：嘉義縣六腳鄉衛
姓名：黃淑芬 Q001715001 性別：女
處方日：0930303 調劑日：0930328 生日：0190524
給藥日份：28天 健保卡號：IC02

藥品名稱	一次量 / 服藥指示	總量
KBT 0.43	1 每日二次-口服	56
SUWELL TABLETS "EVEREST"	1 每日二次-口服	56
WINVITIN TABLETS "WINSTON"	1 每日二次-口服	56
ATENOL TABLETS 100MG 7.5	1 每日一次-口服	28
GLIUCON TABLETS 5MG 1.96	1 每日一次-口服	28
TRISDOWN F.C TABLETS	1 每日一次-口服	28

藥局章：____ 覆核：____ 藥師：林美琴

警語：請依照指示服藥，不明白時，請詢問醫師或藥師。
藥局電話/地址：05-2005001 嘉義縣六腳鄉葫蘆村71-11號