



香港路德會增城兆霖學校

委託校方協助學生服藥通知書

注意事項：

1. 校方只協助學生服用由醫院或註冊醫生處方的藥物，藥物須有正確標籤，如醫院名稱或醫生姓名、學生姓名、藥物名稱、服用劑量、服用時間及服用方法等。
2. 請家長於適當時間到校補充藥物。

需要此項服務之學生姓名：_____ 班別：_____ 學號：_____

服用藥物名稱：_____

服用時段： *全學年 *整個上學期 *整個下學期

* 由____月____日至____月____日止 *其他_____

(*請在適當的內 出服用時段)

服用次數及時間：_____

服用劑量：_____

服用方法(如咬碎口服、吞服等)：_____

藥物存放方法(如室溫存放、須放在雪櫃內等)：_____

曾出現服用藥物後的副作用：_____

其他需要校方注意之事項：_____

委託校方協助學生服藥

家長姓名：_____

簽署：_____

與學生關係：_____

聯絡電話：_____

日期：_____