

兒童緊急就醫資料卡

本卡請隨時更新

幼兒姓名：		身分證號：		生日：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
體重	更新日期	體重	更新日期	體重	更新日期	體重	更新日期
藥物過敏： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（過敏藥物：_____） <input type="checkbox"/> 不明							
慢性/重大疾病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（疾病名稱：_____） <input type="checkbox"/> 不明							
定期服用藥物： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（疾病名稱：_____） <input type="checkbox"/> 不明							
緊急聯絡人	與幼兒關係	聯絡電話		_____區居家托育服務中心 聯絡電話：			
	父						
	母						
	監護人						
	托育人員						

同意幼兒_____需緊急就醫時，將兒童緊急就醫資料卡提供救護車之緊急救護人員，以利送醫照護。
 家長：_____與幼兒關係：_____日期：_____

兒童緊急就醫資料卡

本卡請隨時更新

幼兒姓名：		身分證號：		生日：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
體重	更新日期	體重	更新日期	體重	更新日期	體重	更新日期
藥物過敏： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（過敏藥物：_____） <input type="checkbox"/> 不明							
慢性/重大疾病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（疾病名稱：_____） <input type="checkbox"/> 不明							
定期服用藥物： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（疾病名稱：_____） <input type="checkbox"/> 不明							
緊急聯絡人	與幼兒關係	聯絡電話		_____區居家托育服務中心 聯絡電話：			
	父						
	母						
	監護人						
	托育人員						

同意幼兒_____需緊急就醫時，將兒童緊急就醫資料卡提供救護車之緊急救護人員，以利送醫照護。
 家長：_____與幼兒關係：_____日期：_____