

샘플 약물 복용 동의서 및 유자격 처방의 지시서

School District of Springfield Twp.

학생 이름: _____ 날짜/시간: _____

학교: _____ 교사/학년: _____

학교 방침에 따라, 약물 복용은 등교 전 또는 하교 전 및/또는 후 집에서 이루어지도록 해주십시오. 그러나 이것이 불가능한 상황에는 학교에서 약물을 복용하기 전에, 각각의 학생들은 양호 교사에게 학생의 학부모/보호자의 서명을 받은 *약물 복용 동의서*와 유자격 처방의의 *의료 지시서*를 제출해야 합니다. 모든 약물은 원래의 약국에서 처방 받아온 병/용기에 담겨 있어야 합니다.

학부모/보호자 동의서:

제 아이 _____ 이(가) 유자격 처방의로부터 학교에 있는 동안 복용하도록 지시받은 다음 약물을 복용하도록 허가합니다. 학교의 보건 담당자가 아이의 유자격 처방의의 지시대로 아이에게 약물을 복용하도록 할 것을 이해합니다.

학부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____

학부모/보호자 이름(기재): _____ 전화: _____

.....
Licensed Prescriber Medication Order:

Patient's name: _____ Date: _____

Name of medication: _____

Route and dosage: _____

Time of administration: _____

Directions: _____

Discontinuation date: _____

Allergies: _____

Licensed Prescriber signature: _____

Licensed Prescriber name printed: _____ Phone: _____