첨부 V
규정 757-3

PRINCE WILLIAM 카운티 공립학교
의약품 투여 허가 양식

의약품 유효 기간:

학생 정보: 학부모/보호자 작성

학생: _____ 생년월일: _____ 나이: _____ 학년: _____

학교: _____ 학생은 전에 이 의약품을 투여했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

아닌 경우, 학교에서 발생할 수 있는 부작용 위험을 줄이기 위해 학생은 집에서 첫 번째 정량을 투여해야 합니다. 첫 번째 정량 투여: 날짜: _____ 시간: _____

처방 의약품: 의료 제공자 작성 (각 의약품 마다 양식 작성)

의약품명: _____

의약품 투여에 대한 진단/조건: _____

용량: _____ 경로: _____ 투여 시간: _____

기간: ☐ 학년도 ☐ 기타: _____

가능한 부작용: ☐ 가능 사항 없음 ☐ 자세히 기입: _____

의료 제공자 서명: _____ 날짜: _____

의료 제공자 이름 **정자로** 기입/도장: _____

의료 제공자 전화번호: _____ 팩스: _____

의료 제공자 주소: _____

일반 의약품: 학부모/보호자 작성 (각 의약품 마다 양식 작성)

의약품명: _____

의약품 투여 사유: _____

용량: _____ 경로: _____ 투여 시간: _____

기간: ☐ 학년도 ☐ 기타: _____

가능한 부작용: ☐ 가능 사항 없음 ☐ 자세히 기입: _____

학부모/보호자 승인

본인 서명은 학교장의 피지명인이 처방/일반 의약품을 투여하도록 허락하고 필요한 경우 학교장의 피지명인이 의료 제공자와 연락하도록 허락합니다. 또한 본인은 학년말에 사용하지 않은 의약품을 수거하는 것에 동의합니다. 본인은 학년 말에 학부모/보호자가 수거하지 않은 의약품은 폐기된다는 것을 이해합니다. 본인은 해당 절차를 읽었으며 필요한 경우 책임을 집니다.

학부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____

보건실 직원과 함께 작성

수령한 의약품 (용량/설명): _____

수령한 의약품: _____ / _____
보건실 직원 서명/날짜 학부모/보호자 서명/날짜

의약품을 수거한 사람: _____ 날짜: _____
학부모/보호자 서명