

PRINCE WILLIAM 카운티 공립학교
약 투여 허가 양식

의약품
유효기간:

학생 정보: 학부모/보호자 작성	
학생: _____	생년월일: _____ 나이: _____ 학년: _____
학교: _____	학생은 이전에 해당 약을 투여했는지요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
아닌 경우 학교에서 발생할 수 있는 부작용 위험을 줄이기 위해 학생은 집에서 첫 번째 정량을 투여해야 합니다. 첫 번째 정량 투여: 날짜: _____ 시간 _____	
처방 약: 의료 제공자 작성 (각 의약품 마다 양식 작성)	
약명: _____	
약 투여에 대한 진단/조건: _____	
용량: _____	경로: _____ 투여 시간: _____
기간: <input type="checkbox"/> 학년도 <input type="checkbox"/> 기타: _____	
가능한 부작용: <input type="checkbox"/> 예상되는 사항 없음 <input type="checkbox"/> 구체적으로 기입: _____	
의료 제공자 서명: _____	날짜: _____
의료 제공자 이름 정자로 기입/도장: _____	
의료 제공자 전화번호: _____	팩스: _____
의료 제공자 주소: _____	
약명: _____	
약 투여 사유: _____	
용량: _____	경로: _____ 투여 시간: _____
기간: <input type="checkbox"/> 학년도 <input type="checkbox"/> 기타: _____	
가능한 부작용: <input type="checkbox"/> 예상되는 사항 없음 <input type="checkbox"/> 구체적으로 기입: _____	
학부모/보호자 승인	
본인 서명은 학교장의 피지명인이 처방 약/일반 약을 투여하도록 허락하고 필요한 경우 학교장의 피지명인이 의료 제공자와 연락하도록 허락합니다. 또한 본인은 학년말에 사용하지 않은 약을 수거하는 것에 동의합니다. 본인은 학년 말에 학부모/보호자가 수거하지 않은 약은 폐기된다는 것을 이해합니다. 본인은 해당 절차를 읽었으며 필요한 경우 책임을 집니다.	
학부모/보호자 서명: _____	날짜: _____
보건실 직원과 함께 작성	
수령한 약(용량/설명): _____	
수령한 약: _____ / _____	
	<small>보건실 직원 서명/날짜</small> / <small>학부모/보호자 서명/날짜</small>
약을 수거한 사람: _____	날짜: _____
	<small>학부모/보호자 서명</small>