



Student Health Services SHS-1 Form

학교에서 약을 투여하기 위한 허가서
 학부모는 학교에 보관할 약을 제공해야 합니다

약을 수업 시간 중에, 현장 학습 중에, 또는 학교 인솔자가 보호하는 방과 “전” 또는 “후” 활동 중에 약을 투여해야 하는 경우 이 서식을 작성해야 합니다. 수업 시간 중에 투여하면 안 되는 약도 있을 수 있으므로 가능하면 모든 약을 수업 시간 전에 또는 후에 집에서 투여하십시오.

학생 성명: _____ 생년월일: _____ 학년도: _____

담임 교사: _____ 학년: _____ 알려진 알레르기: _____

본인은 Fulton County School System(폴톤 카운티 교육청)에게, 교장 또는 피지명인을 통해, 이 약을 본인의 자녀에게, 아래 답화문에 포함된 지시에 따라 그리고 Fulton County Schools Medication Policy(폴톤 카운티 학교 투약 정책)에 따라 투여하는 것에 대해 감독하고/도움을 주시기를 이 서식에 의해 요청하는 바입니다. 본인은 다음 사항을 알고 있습니다:

- 약(처방약과 비처방약, 둘 모두)은 원래의 라벨이 붙어 있는 용기에 **들어 있어야 합니다**(배기, 포일 등은 사용금지).
- 학부모/법적 보호자는 학교가, 약 및 관련 기구를 포함하여, 약의 용법에 관한 구체적 설명서를 꼭 받게 할 책임이 있습니다.
- 학부모/법적 보호자는 약에 관한 변경 사항은 어떠한 것이든 학교에 통보할 책임이 있습니다. 새로운 약 또는 새로운 용량은 새로운 서식이 작성될 때까지 투여하지 **않을 것입니다**.
- 모든 약은 학부모 및/또는 학생이 직접 학교 사무처/보건실에 가져와야 합니다.
- 사용하지 않거나 사용을 중단한 모든 약은 마지막 수업일 전에 또는 그 마지막 수업일에 수거되지 않은 경우 학년도 말에 적절히 폐기됩니다. 사용이 중단된 약은 1주 내에 수거하여야 하거나 보건실에서 적절히 폐기하여야 합니다.
- 숙련된 직원이 약의 투여에 대해 학생들에게 도움을 줍니다. 그러나, 학교 직원은 약의 투여(이 약에 관련된 질식, 알레르기 반응, 부작용 및/또는 건강상 위험 포함)에 대해 감독하거나 도움을 주는 것에 대해 책임을 지지 않습니다.
- **처방약에 대해 이 서식을 작성하는 것은 지시가 있고/있거나 필요한 경우 Student Health Services(학생 건강 관리처)가 처방하는 의료인과 투약 지시/요청에 대해 상의하는 것을 허가하는 것입니다.**

본인은 Fulton County School System(폴톤 카운티 교육청)과 폴톤 카운티 교육청 직원에게 이 약을 투여하는 것과 연관된 책임을 면하게 하는 바입니다. **처방약과 비처방약, 둘 모두에 대해 학부모/법적 보호자의 허가 서명이 필요합니다.**

_____ **학부모/법적 보호자 서명** _____ **성명을 읽기 쉽게 인쇄체로 기재하십시오** _____ **날짜**
 집 전화: _____ 직장 전화: _____ 휴대폰: _____

서식당 한 가지 약 - 서식을 학교 보건실에 제출하십시오

비처방약 (학부모/법적 보호자가 작성함)

약명:	투약이 필요한 진단, 병태 또는 병:	
개시일:	중단일:	투여 용량, 투여 경로 및 투여 횟수:

처방약 - (이 부분은 오직 의사/의료인이 작성해야 합니다)

약명:	처방된 용량:
잠재적 부작용:	투여 경로, 투여 횟수 및 기타 특별 투여 지시:
투약이 필요한 진단, 병태 또는 병:	

_____ **의사서명** _____ **의사 성명을 읽기 쉽게 인쇄체로 기재하십시오** _____ **날짜**
 사무실/연락처 번호: _____ 팩스: _____

이 부분은 오직 보건실 조수/클러스터 학교 간호사/특수 교육 간호사가 작성해야 합니다

접수일:	약명:	투여 회수:
만료일:	작성자:	법적 보호자에게 반송된 날짜: