

자녀가 사용할 약물을 학교에 보관하고자 하는 경우에만 이 양식을 작성하십시오. 자녀가 복용하는 약물을 반드시 기재하십시오. 자녀의 의사 및 부모/보호자가 이 양식을 모두 읽고 서명해야 합니다. 약물의 직접 복용 동의는 허가된 해당 학년에만 유효합니다.

약물 복용 중인 및 허가

Part I: 학부모/보호자 작성란

학생 이름: _____ 생일: _____
 주소: _____
 비상시 연락처: 집 전화번호: _____ 직장 전화번호: _____ 휴대폰 번호: _____
 학교: _____ 학년: _____

Part II: 의사 작성란 (이 기록내용은 관리/협동 의사가 위임한 권한을 갖는 의사의 보조/사전실습 등록 간호사가 서명해도 됩니다.)

1. 약물의 이름/유형: _____
2. 처방받은 약물이 천식 치료제입니까? _____
3. 처방받은 약물이 과민증 치료제입니까? _____
4. 복용량/처방받은 양: _____
5. 투여 방법: _____
6. 투여 빈도 및 시간: _____
7. 투여 기간(주, 월, 올해 말까지): _____
8. 진단, 약물에 대해 의도한 효과 및 예상되는 반응(증상, 부작용 등): _____
9. 학생이 복용 중인 기타 약물: _____
10. 기타 요구사항 또는 특수 상황: _____
11. 학생이 학교에 출석하기 위해 교과시간동안 이 약물을 복용해야 합니까? [] 예 [] 아니요
12. 감독 하에서 학생의 자가투여가 허락됩니까? _____
13. 천식 치료제 또는 에피네프린 자가주사의 경우에만*:
 감독 없이 학생의 자가투여가 허락됩니까? [] 예 [] 아니요
*Illinois 법에 따라 학부모의 동의 하에 천식 치료제나 에피네프린 자가주사 처방을 받은 학생은 학교 직원의 감독이 없이도 수업시간이나 학교지원 활동 중에 본인의 천식 치료제를 소지하고 사용할 수 있습니다.
 학생이 천식 치료제의 적절한 사용법을 배워 이해하고 있습니까? _____ 예?
 학생은 에피네프린 자가주사의 적절한 사용법을 배워 이해하고 있습니다. _____ 예?
 의사 서명: _____ 날짜: _____
 주소: _____ 전화번호: _____

Part III - 부모의 요청/승인

이에 본인은 위의 지침에 따라 Glenview 34학군 학교 직원이 본인의 자녀에게 약물을 [check one] _____ 투약하거나 _____ 직접 복용을 허용하도록 요청합니다. 학교 교직원의 관리를 공식 및 등록된 학교 간호사 이외의 개인이 수행할 수 있다는 점을 이해하며 이에 동의합니다. 또한 본인은 약물의 복용이나 자가투여로 인해 발생하는 모든 책임, 권리, 요구, 손해 또는 소송의 원인에 대해 변호사 비용을 포함하여 부상, 비용 및 지출에 대해 공동 또는 개별적으로 학군, 교육 이사회 위원, 그 직원과 대리인에 대한 권리 주장을 포기합니다. 학생의 천식 치료제 자가투여와 관련된 포기과 면책은 법률에서 요구하는 범위에서 고의적 행동에는 적용되지 않습니다.

천식 치료제 또는 에피네프린 자가주사의 경우에만:
 본인은 자녀가 천식/에피네프린 약물을 소지하고 감독없이 자가투여하는 것에 동의합니다.
 [] 예 [] 아니요

부모/보호자 서명: _____ 전화번호 _____ 날짜 _____