



**천식 약물 및/또는 에피네프린 자동 주사기 소지에 대한 부모/학생 동의서**

**부모가 작성:**

본인은 제 자녀 \_\_\_\_\_이(가) 아래 기술된 천식 약물 및/또는 에피네프린 자동 주사기를 소지할 것을 허가합니다. 본인은 자녀가 아래에 나열한 규칙을 준수해야 한다는 것을 이해합니다. 자녀의 상태에 따른 약물 변경을 학교에 통보하겠습니다. 에피네프린 자동 주사기를 자녀가 관리하는 경우, 학교 직원이 비상 서비스를 위해 9-1-1에 전화할 수 있음을 인지하고 이해합니다.

약물의 이름 1회량	1회량	사용 빈도
_____	_____	_____
_____	_____	_____

부모/보호자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

**천식 흡입기 사용 학생이 작성:**

\_\_\_\_\_ 학교의 학생인 본인 \_\_\_\_\_은(는) 다음 사항에 동의합니다.

1. 저는 제 흡입기의 올바른 사용 및 관리 방법을 건강 관리자 및 학교 건강 담당자에게 설명하였습니다.
2. 흡입기를 다른 사람과 함께 사용하거나 다른 사람이 발견하도록 방치하지 않겠습니다.
3. 2회 사용 후 개선이 되지 않을 경우, 추가적인 의료 조치를 모색할 선생님 또는 다른 책임 있는 성인에게 알려드리겠습니다.

학생 서명 \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

참고: 일리노이주 후생부, 천식 관리: 학교 리소스 매뉴얼(p. 83), 105 ILCS 5/22-30

**에피네프린 자동 주사기 사용 학생이 작성:**

\_\_\_\_\_ 학교의 학생인 본인 \_\_\_\_\_은(는) 다음 사항에 동의합니다.

1. 저는 제 에피네프린 자동 주사기의 올바른 사용 및 관리 방법을 건강 관리자 및 학교 건강 담당자에게 설명했습니다.
2. 에피네프린 자동 주사기를 다른 사람과 함께 사용하거나 다른 사람이 발견하도록 방치하지 않겠습니다.
3. 에피네프린 자동 주사기를 직접 관리하는 경우, 추가적인 의료 조치를 모색할 선생님 또는 기타 책임 있는 성인에게 알릴 것을 동의합니다.

학생 서명 \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

Ref: 105 ILCS 5/22-30