

PERMISSION TO GIVE MEDICATIONS and ALLERGIES FORM 2010/2011 투약 승낙서

I, the parent of (student's full name) _____, _____ in grade __, give permission for the school staff to give my child the following medications: 저는 학교 간호사가 ___학년의 제 아이(성명 모두)_____에게 아래와 같은 약을 필요 시 투약해도 됨을 승낙합니다:

Please check (✓) below. 아래에 표시 (✓) 해주십시오

- Tylenol (also known as Paracetamol/Panadol/Acetaminophen) 진통, 해열제(타이레놀)
 Ibuprofen 진통, 해열제(이부프로펜/부르펜)
 Clarityne for allergic reactions/colds 알러지/감기약
 Topical ointments for cuts and rashes (including iodine) 피부 상처에 사용하는 소독제(아이오딘 포함)
 Throat Lozenges 목 캔디

My child takes the following Medications (eg asthma inhalers or antibiotics)

이 외에 필요한 약 (예: 천식 치료제)

1. Name of medicine 약 이름: _____ Dose 양: _____
 Reason 투약 이유: _____
2. Name of medicine 약 이름: _____ Dose 양: _____
 Reason 투약 이유: _____
3. Name of medicine 약 이름: _____ Dose 양: _____
 Reason 투약 이유: _____

My child has allergies Yes/No (Circle) 알레르기 유무 사항: 네/아니오 (동그라미 표시하세요.)

My child has the following allergies: 학생의 알레르기 내용: _____

- The nurse will attempt to phone the parent prior to giving any medication. 필요한 약을 투약하기 전 학교 간호사는 부모님에게 통보할 것입니다.
- Child's own prescribed medicine should be supplied from home and given to the nurse, who will dispense. Include written instructions, dose, time to be taken and for how many days. 처방된 약은 복용 양과 시간, 투약 기간을 상세히 기재해 양호실에 가지고 와서 맡기고 간호사가 약을 먹이도록 합니다.
- Please phone the nurse if you have any concerns. 만일 염려사항이 있으시면, 간호사에게 전화로 알려주시길 바랍니다.
- A new form will be required each year and to alter /add to medications already listed. 매년 새로운 양식을 작성해 보내 주셔야 합니다.
- Students with Asthma or Severe Allergies will require an Action Plan to be completed. Please contact the school nurse for an Action Plan if needed. 천식이나 심한 알레르기를 앓는 학생의 경우 '응급 대응 방법'에 대해서 학교 간호사와 상의해 주시기 바랍니다.

Parent Name 학부모 성명: _____

Signature 학부모 서명: _____ Date 날짜: _____

Home phone 집 전화: _____ Cell 핸드폰: _____

Sincerely,

School Nurse 학교 간호사