



### 일반 약품 투여 양식

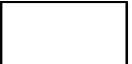


이 양식은 천식 또는 알러지 약품에는 사용하지 않습니다.

제공처 투약 안내 양식 | 학교 보건 담당실 | 2019-2020 학년도

학교 간호사에게 제출하십시오. 양식을 5월 31일 이후에 제출하면 다음 학년도 처리가 늦어질 수 있습니다.

<b>Student</b> Last Name	First Name	Middle	<b>Date of birth</b> ___/___/___ MM DD YYYY	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
<b>OSIS Number</b> _____				
<b>School (include ATSDBN/name, address and borough)</b>			<b>DOE District</b> ____	<b>Grade</b> ____ <b>Class</b> ____

### 의료 보건 담당자가 다음을 작성하십시오

<b>1. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code: □ ____ . ____ <b>Medication:</b> _____ <small>Generic and/or Brand Name</small> Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____ <b>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</b> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer ( <i>initial below</i> ) (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)		<b>In School Instructions</b> <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ AM / PM and ___:___ AM / PM <b>AND/OR</b> <input type="checkbox"/> PRN _____ <i>specify signs, symptoms, or situations</i> <input type="checkbox"/> Time interval: ___ minutes or ___ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ___ minutes or ___ hours for a maximum of ___ times. <b>Conditions under which medication should not be given:</b>	
 Practitioner's Initials	I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.		
<b>2. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code: □ ____ . ____ <b>Medication:</b> _____ <small>Generic and/or Brand Name</small> Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____ <b>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</b> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer ( <i>initial below</i> ) (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)		<b>In School Instructions</b> <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ AM / PM and ___:___ AM / PM <b>AND/OR</b> <input type="checkbox"/> PRN _____ <i>specify signs, symptoms, or situations</i> <input type="checkbox"/> Time interval: ___ minutes or ___ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ___ minutes or ___ hours for a maximum of ___ times. <b>Conditions under which medication should not be given:</b>	
 Practitioner's Initials	I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.		
<b>3. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code: □ ____ . ____ <b>Medication:</b> _____ <small>Generic and/or Brand Name</small> Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____ <b>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</b> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer ( <i>initial below</i> ) (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)		<b>In School Instructions</b> <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ am / pm and ___:___ AM / PM <b>AND/OR</b> <input type="checkbox"/> PRN _____ <i>specify signs, symptoms, or situations</i> <input type="checkbox"/> Time interval: ___ minutes or ___ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ___ minutes or ___ hours for a maximum of ___ times. <b>Conditions under which medication should not be given:</b>	
 Practitioner's Initials	I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.		

### HOME Medications (include over-the counter)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>Health Care Practitioner</b> LAST NAME <small>(Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)</small>	FIRST NAME	Signature
Address	Tel. No. (____) _____ - _____	Fax. No (____) _____ - _____
E-mail address	Cell phone (____) _____ - _____	
NYS License No (Required) _____ - _____	NPI No. _____	Date ___/___/_____

## 일반 약품 투여 양식

이 양식은 천식 또는 알러지 약품에는 사용하지 않습니다.

제공처 투약 안내 양식 | 학교 보건 담당실 | 2019-2020 학년도

학교 간호사에게 제출하십시오. 양식을 5월 31일 이후에 제출하면 다음 학년도 처리가 늦어질 수 있습니다.

### 학부모/보호자 작성

아래 서명하면 다음과 같은 내용에 동의하는 것으로 간주됩니다:

1. 저는 자녀의 의료 보건 담당자가 지시한 대로 학교에 아이의 약을 보관하고 사용하는 것에 동의합니다. 학교에 아이의 약을 보관하고 사용하는데 필요한 기구에 동의합니다.
2. 저는 다음을 이해합니다:
  - 저는 학교 간호사에게 반드시 자녀의 약과 기구를 제공해야 합니다.
  - 학교에 제공하는 모든 처방 및 일반의약품은 개봉하지 않은 새것으로 원래의 용기 그대로 가져가겠습니다. 학교에 자녀가 학교 생활 중 사용할 수 있도록 유효기간이 지나지 않은 최신 약을 제공하겠습니다.
    - 처방약은 반드시 박스 또는 병에 원래의 약국 라벨이 붙어있어야 합니다. 라벨에는 다음 내용이 포함되어야 합니다: 1) 자녀의 이름, 2) 약국 이름 및 전화번호, 3) 자녀의 의료 보건 담당자 이름, 4) 날짜, 5) 리필 숫자, 6) 약 이름, 7) 복용량, 8) 복용시간, 9) 투약 방법 10) 기타 안내.
  - 저는 자녀의 약이나 의료 보건 담당자의 지시가 변경되면 즉시 학교 간호사에게 반드시 알려야 합니다.
  - 학생은 규제 약물을 절대 소지하거나 사용할 수 없습니다.
  - 저는 학교 보건 담당실(OSH) 및 상기 의료 서비스를 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 알고 있습니다.
  - 투약 양식(MAF)에 서명함으로써 OSH가 자녀에게 보건 서비스를 제공할 수 있습니다. 이 서비스에는 OSH 의료 보건 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 이들 서비스에 포함되며 이에 국한되지 않습니다.
  - 이 MAF의 약품 처방은 서머 세션을 포함한 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사에게 새로운 MAF를 제공할 때 (둘 중 이른 시점) 만료됩니다.
  - 이 양식은 양식에 설명된 약품 서비스에 대한 본인의 동의 및 요청을 대변합니다. OSH가 요청한 서비스를 제공하겠다는 동의서가 아닙니다. OSH가 이런 서비스를 제공하겠다고 결정하면 자녀는 학생 조정계획(Student Accommodation Plan)이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
  - 자녀에게 케어 또는 치료를 제공할 목적으로 OSH는 자녀의 의료 상태, 약품 또는 치료에 대해 필요하다고 생각하는 정보를 얻을 수 있습니다. OSH는 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 보건 제공자, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 구할 수 있습니다.

#### 자가 투약(독립적인 학생만 해당):

- 저는 자녀가 스스로 약을 복용하도록 완전히 훈련되어 있고 복용할 수 있음을 보증/확인합니다. 또한 저는 자녀가 양식에 명시된 처방약을 학교에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명된 병 또는 박스에 이 약을 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 약품 사용을 모니터링하며 학교에서 해당 약품 사용의 모든 결과에 대한 책임이 본인에게 있음을 인지합니다. 제 아이가 학교에서 약품을 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사가 확인할 것입니다. 또한 학교에 명확한 라벨이 부착된 박스 또는 병에 들어 있는 “여분”의 약품을 제공할 것입니다.
- 저는 자녀가 일시적일 해당 약품을 소지 또는 자가 투여하지 못할 때 학교 간호사 또는 훈련된 학교 직원이 투여하는 것에 동의합니다.

**참고:** 학교 견학이나 학교 밖 활동 시 자녀의 약품 및 기구를 보내시는 것이 좋습니다.

학생 성	이름	중간 이니셜	생년월일 ____/____/____
학교 ATSDBN/이름		보로	학군
학부모/보호자 성명 인쇄체로 기입		<b>여기에 서명</b> →	학부모/보호자의 서명
학부모/보호자 이메일		학부모/보호자의 주소	
전화번호: 주간(____)____-____		자택(____)____-____	
전화번호(____)____-____		전화번호(____)____-____	
기타 비상 연락 정보		학생과의 관계	연락 전화번호(____)____-____

### 학교 보건 담당실(OSH) 전용

OSIS Number: \_\_\_\_\_

Received by: Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Reviewed by: Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

504     IEP     Other    Referred to School 504 Coordinator:  Yes     No

Services provided by:     Nurse/NP     OSH Public Health Advisor (for supervised students only)     School Based Health Center

Signature and Title (RN OR SMD): \_\_\_\_\_ Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner     Modified     Not Modified