

Medication Administration Permission

The school policy regarding medication is for the safety of your child and the school. Please read the following instructions:

学校的药品相关政策是为了您的子女和学校的安全。请阅读以下说明:

약품에 관한 학교 정책은 귀택의 자녀와 학교의 안전을 위한 것입니다. 아래의 지침을 읽어 주십시오:

*** Note: STUDENTS MAY NOT CARRY MEDICATIONS AT SCHOOL**

(Exception: Emergency medication with permission)

*** 注意: 学生不允许在学校携带药品 (经许可的紧急药品除外)**

*** 주의: 학생은 학교에서 약품 휴대가 허용되지 않습니다. (예외: 허용받은 응급 약품)**

The school's health office personnel must receive and administer personal medication to your child during the school day. Please complete this form in ENGLISH and return it along with the medicine in original container, labelled with your child's name to the Health Office.

如您的孩子在校期间需要服药, 必须由健康办公室的工作人员保管并给予药品。请您用英文填写以下表格, 并与原包装上标记学生姓名的药品一起交给健康办公室。

귀택의 자녀가 학교에서 약품을 복용해야 할 경우, 반드시 학교 보건실 근무자가 약품을 수령하여 복용하도록 해야 합니다. 아래 서식을 영문으로 작성하셔서, 이름이 표시된 원래 포장용기와 약품을 함께 보건실로 보내주십시오.

Name of student 学生姓名 학생 이름:	
Teacher & Grade 班主任姓名及年级 담임교사 및 학년:	
Allergies to any medicines 对什么药物过敏 약물 알러지:	List any other medicines currently taking 请列出当前正在服用的其他药品 현재 복용중인 다른 약품:
Medication Name 药品名称 약품 이름:	
Reason for medicine 服药原因 복용 사유:	
Dosage/Amount 剂量 용량:	How often/frequency 服药次数及时间 복용횟수 및 시간:
Refrigerate 是否需冷藏 냉장 보관 여부: No 是 <input type="checkbox"/> Yes 否 <input type="checkbox"/>	Exact day(s) to be given 具体服药天数 복용 기간:
Return medicine to home (date) 何时将药品返还家长(日期) 가정으로 약품반환(날짜):	
If available, please attach or write doctor's orders 如有医生处方, 请随表格附上, 或在此写下 가능하다면, 의사의 처방전을 첨부하거나 적어주시기 바랍니다:	

* Student may carry and self-administer emergency medication (ie. Epinephrine, Inhaler...)
at school and on trips

* 学生可以在学校和旅行中随身携带和自行使用紧急药品 (例如, 肾上腺素, 吸入剂...)

* 학생이 학교생활 및 여행 중에 자신이 응급 약품 (예 : 에피네프린, 흡입기...)을 휴대하고 투여 할 수 있습니다:

Yes 是 예 No 否 아니오

Parent signature 家长签名 학부모 서명: _____

Date 日期 날짜: _____