



오렌지 카운티 교육부
교육 서비스 국

약물에 대한 학부모/보호자와 승인된 의료주치의의 요청서

학생이름: _____ 생일(월/일/년도): _____
학교/교육구: _____ 교사성함: _____ 학년: _____

약물 투여를 위한 학부모/보호자의 요청서
처방약과 비처방약 모두 해당함

가주 교육 법전 조항 49423에 의거하여 학교 간호사 또는 다른 지정된 비의료 교직원 이 학교시간에 약물을 복용해야 할 학생을 도울 수 있습니다. 이 서비스의 목적은 학생이 학교에 남아서 교육과 배움의 기회를 유지하거나 더 발전시킬 수 있도록 하기 위함입니다.

본인은 본인의 자녀가 승인된 주치의의 서면으로 된 지시사항에 따라 약물을 투여받을 것을 요청합니다. 지정된 비-의료 교직원이 서면으로 된 지시사항을 시행하는 것을 자격있는 학교 간호사의 감시 하에 도울 수 있다는 점을 이해합니다. 약물이나, 투여량이나, 투여시간이나 처방을 하는 주치의의 정보가 변경될 때에는 즉시 학교에 알리고 새로운 양식을 작성하여 제출하겠습니다. 본인은 학교 간호사와 승인된 주치의가 약물관련 정보를 교환하는 것을 허락합니다. 학교 간호사는 해당사항이 있는 교직원에게 약물과 부작용에 대해 조언할 수 있습니다.

비상시 투여하는 에피펜EpiPen이나 흡입기inhalers는 승인된 주치의와 학부모의 권장에 따라 학생이 소지할 수 있습니다. 비상사태를 대비하여 학교에 추가약물을 보관하는 것이 좋습니다. 본인의 자녀가 스스로 투여하는 약물로 인해 부작용을 겪게 될 경우에 본인은 교육구와 교직원에게 민사적 책임을 묻지 않겠습니다.

학부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____
전화번호: (직장) _____ (주택) _____

AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION

Reason for Medication: _____

Medication: _____ Dose: _____ Route: _____ Time: _____

If PRN: Amount of time between doses _____ Maximum number of doses _____ per day.

Possible medication reactions: _____

Instructions for emergency care _____

Authorized Health Care Provider Signature: _____

Authorized Health Care Provider Name (print clearly) _____

Telephone _____

Date of Request: _____

Date To Discontinued Medication: _____

Office Stamp

Regarding EpiPen/Inhalers: It is my professional opinion that this student should be permitted to carry/self administer this emergency EpiPen/Inhalers. This student has been instructed in, and demonstrates an understanding of proper usage.

Health Care Provider Initials _____

SCHOOL USE:

Reviewed By: _____ Date: _____

본 요청서의 효력은 최대한 1년간 유효합니다.



오렌지 카운티 교육부
교육 서비스 국

학교에서의 약물투여에 관해 학부모님께 알리는 글

학생 이름: _____

학부모님/보호자분께:

의료 치료는 학부모/보호자와 승인된 주치의의 책임입니다. 승인된 주치의라 함은 캘리포니아 주에서 약을 처방할 수 있는 자격증을 소지한 개인입니다. **처방약과 비처방약을 모두 포함한 약물**은, 승인된 주치의의 판단에 따라 학교 시간에 약을 투여해야만 하는 경우에 학교에서 투여할 수 있습니다. **학부모/보호자께 당부드리는 것은 귀 자녀의 승인된 주치의의 도움을 통해 최대한 집에서 약물을 투여할 수 있도록 시간표를 정해주십시오.**

캘리포니아 교육 법전 조항 49423에서는 교직원이 승인된 주치의의 서면으로 된 지시사항을 따르는 것에 돕는 것을 허용합니다. 지정된 비의료 교직원이 귀 자녀의 약물투여를 도울 수도 있습니다. 이들은 교육을 받으며 전문 자격인인 학교 간호사의 감시를 받습니다. 약물은 안전한 곳에 보관하여 자물쇠로 잠궈 두거나 필요한 경우 냉장고에 보관합니다.

비상 약품인 에피펜이나 흡입기는 **승인된 주치의와 학부모의 권장에 따라** 학생이 소지할 수 있습니다. 적절한 상황에서 학교 간호사가 학생이 서면으로 된 교육구 지침서에 따라 스스로 안전하게 약을 복용할 수 있는지 평가합니다. (타이틀 5) 여러분의 약물은 비상시를 대비하여 학교에 보관되어야 합니다. 심각한 병환(당뇨, 간질)이 있는 학생은 추가 처방약을 적절한 승인 양식과 함께 비상사태를 대비하여 학교에 비치해 두어야 할 것입니다.

약물을 학교에서 복용해야 할 경우에는 다음 조건을 모두 충족해야 합니다:

1. 승인된 주치의/치과의사가 서명한 서면으로 된 진술서에 구체적으로 약물 투여 사유, 약물명, 투여량, 투여시간, 투여경로, 부작용, 비상시 특별 지시사항 등을 기재하여 학교에 제출해야 합니다.
2. 학부모/보호자의 서명이 있는 요청서가 학교에 제출해야 합니다.
3. 약물은 학부모/보호자 또는 다른 책임있는 어른이 학교에 전달해야 합니다.
4. 약물은 약국에서 발급한 영어로 된 원본 표지가 붙어 있는 본래 용기에 담겨 있어야 합니다.
5. 모든 물약은 개량스푼/컵과 함께 보내셔야 합니다.
6. 알약의 경우 반 개 또는 4분의 1로 잘라서 복용해야 할 경우 미리 잘라서 보내셔야 합니다.
7. 각 약물마다 해당하는 요청서를 따로 작성하여 제출하셔야 합니다.

참고: 승인된 주치의의 지시사항을 자녀와 함께 이야기하셔서 학교에 있을 때 약을 복용해야 하는 것을 알고 있게 해주십시오.

약물이나, 투여량이나, 투여시간이나, 투여경로에 변경사항이 있을 때에는 학부모/보호자와 처방을 하는 주치의가 새로운 양식을 작성하여 제출해야 합니다

본 요청서의 효력은 **최대한 1년간 유효합니다.**