

ST. JOHNSBURY ACADEMY JEJU

Authorization to Administer Medication in School 교내 약물 투약 동의서

SJA Jeju students who are required to take medication, prescribed by a physician, during the school day may be assisted by school nurses or other designated school personnel. Students who wish to take medication on campus MUST have a doctor's authorization. However, students are NOT allowed to self-administer medication under any circumstances.

학교생활 중 의사가 처방한 약을 복용해야 하는 학생은, 학교 간호사나 다른 지정된 교직원의 도움을 받아 약을 복용하여야 합니다. 교내에서 약 복용이 필요한 학생들은 의사의 허가가 반드시 필요합니다. 하지만, 어떠한 경우에도 학생 스스로 약물 복용은 허용되지 않습니다.

Over-the-counter medicine and supplemental medicine can be administered by the school nurse or other designated school personnel with a consent of the parent/guardian. 일반의약품과 영양제는 학교 간호사 또는 지정된 학교 직원이 부모/보호자의 동의 하에 투여될 수 있습니다. .

Medication is to be delivered in the original container labeled with the name of the student, name of prescribing physician, name of medication and instructions. Over-the-counter medications must be in their original container and be authorized by the parent or physician. This form must be completed for prescription, supplemental and over-the-counter medications. It is the parent's responsibility to update this form as needed. 의약품은 학생의 이름, 처방 의사의 이름, 의약품 이름 및 복용 안내가 적힌 라벨이 붙어 있는 본 용기에 담겨 있어야 합니다. 일반의약품은 본래의 용기에 담겨 있어야 하며 부모나 의사의 승인을 받아야 합니다. 이 양식은 전문의약품, 영양제 그리고 일반 의약품이 있을 경우 반드시 작성되어야 합니다. 필요에 따라 부모는 본 양식을 갱신할 책임이 있습니다.

Student Name 학생이름 _____ **Grade** 학년 _____

Parent/Legal Guardian Name 부모/법적보호자 이름 _____ **Phone** 전화번호 _____

Medication 약명	Dose 용량	Frequency/Indication 빈도/투약방법	Duration 투약기간	Side effects 주의해야 할 부작용

Reason for medication 복용 이유 _____

Additional Information and/or precautions regarding medications or the student's condition should be stated here.

약물 또는 학생 상태에 관한 추가 정보 그리고/또는 관련 주의사항

Attached or Written prescription above is approved by 첨부된 또는 위의 작성된 처방은 아래 담당의에 의해 제공됩니다.

Physician's Name 담당의 이름 _____ **Signature** 서명 _____ **Date** 날짜 _____

I hereby give my consent to SJA Jeju's designated school personnel to administer or assist in administering medication(s) and/or treatment as specified by my child's physician. Furthermore, I hereby give consent to the School Nurse to receive from, or send to, the Health Care Provider any information concerning my child's medication or medical condition. 본인은 자녀의 담당의사가 명시한 투약 및/또는 치료를 적절한 학교 담당자가 관리 또는 지원 할 수 있도록 동의하는 바입니다.. 또한, 학교 간호사가 본인 자녀의 의약품 또는 의학적 상태에 관한 정보를 의료인으로부터 받거나, 보내는 것에 대해 동의를 합니다.

Parent/ Guardian's Signature 부모/보호자의 서명 _____ **Date** 날짜 _____