



더블린시 교육구

Students
5330 F4
Revised 5/14/25
Korean

학생의 비처방약 (일반 의약품) 소지 및 감독 없는 자가 복용/투여 요청서 고등학교 / 중학교

Request for Student to Carry and Self-Administer Nonprescription Medication Without Supervision High School / Middle School

학생 이름: _____ 생년월일: _____ 학교/학년: _____

- 학부모 또는 보호자는 매 학년도 초에 아래의 동의란을 작성하고 서명해야 합니다.
- 이 양식은 학생이 학교에서 비처방약을 스스로 복용/투여하기 전에 학생의 건강 기록에 보관되어 있어야 합니다. **개별 약마다 별도의 양식이 필요합니다.**
- 학생은 다른 학생에게 비처방약을 제공할 수 없습니다. 이 규정을 위반한 학생은 학생 행동 규범의 약물 사용 규정에 따라 징계 조치를 받게 됩니다.
- 직장 좌약, G/JG 관 및 교직원 도움 없이는 복용/투여할 수 없는 모든 비처방약은 오하이오 주 면허를 소지한 의료 처방자의 지시가 필요합니다. (양식 5330 F1 참조)
- 보호자는 반드시 학생의 비처방약의 하루 분량을 본래의 제조업체 포장 상태로 제공해야 합니다.

학부모/보호자는 모든 항목을 작성하십시오:

본인은 위 학생의 부모/법적 보호자이며, 제 자녀가 다음의 비처방약을 소지하고 스스로 복용/투여하는 것에 동의하며 이를 요청합니다. 또한 이 양식을 서명함으로써 교육구 또는 그 교직원들이 이 비처방약을 보관하거나 복용/투여하는데 도움을 주지 않을 것을 인정합니다. 본인은 학생의 자가 복용/투여로 인해 일어날 수 있는 손해, 질병, 또는 부상으로부터 교직원 및 교육위원회의 책임을 면제합니다.

약 이름 및 강도 Medication/strength	
복용/투여량 Dose	
복용/투여 경로 Route	
시간 (수업 또는 학교 활동 중) Time	
부모에게 보고해야 할 심각한 부작용 Sever adverse reactions-report to parents	
복용/투여 관련 특별 지침 (증상을 나열하십시오) Specific instructions	
가능한 부작용 Possible side effects	
특별 보관 지침 Storage	
이 요청의 시작 및 종료일 Start/End	시작 _____ 종료 _____

비처방약 소지 및 감독 없는 자가 복용/투여에 대한 서명

귀하의 자녀가 위의 비처방약을 소지하고 감독 없이 복용/투여할 수 있다면 아래에 서명하십시오.

학부모/보호자 서명

날짜

집 주소

낮 시간대 연락처