

指定学校人员给药授权书

学生姓名: _____ 出生日期: _____

学校: _____ 年级: _____

本人授权学校工作人员按照以下说明给予该药物:

药物名称: _____ 开始日期: _____ 结束日期: _____

剂量 (规格/用量): _____ 非处方药 _____ 处方药

用药频次 (多久一次): _____ 在校服药时间: _____

药房名称: _____

给药途径 (请圈选一项): 口服 耳用 眼用 鼻用 皮肤用 处方编号 (如适用): _____

处方医生姓名 (如适用): _____ 处方医生电话 (如适用): _____

特殊说明:

所有药物必须置于未过期的原装容器中并附有准确的标签

本人理解, 我有责任提供该药物并按需维持供应。[2] 所有药物必须由家中提供, 并置于原装、有标签且未过期的容器中。

本人理解, 我有责任就药物的任何变更书面通知学校; 所有由学校工作人员给药的药物, 须由家长/监护人携带往返学校。

所有未使用的药物必须在学期最后一天前取回。本人知悉, 任何遗留于学校的药物将予以销毁。 (OAR 581-021-0037)

家长/监护人签名: _____ 日期: _____

家长/监护人电话号码: _____

处方医生指示: 处方药仅需由医疗服务提供者签名 (可以当前有效的处方药标签代替)。

_____ 本人已为表格上方所示学生开具上述药物,

_____ 且家长提供的用药说明准确无误。

_____ 本人证明, 该学生须依赖此药物方可正常在校就读。

特殊说明 (包括不良反应及所需采取的措施):

处方医生姓名 (请正楷填写或盖章): _____

处方医生签名: _____ 日期: _____

诊所名称及地址: _____ 电话: _____