

Medication Administration Permission

The school Health Office personnel are available to administer personal medication to your child during the school day. Please complete this instruction form in ENGLISH and return it along with the medicine to the campus clinic.

如您的孩子在校期间需要服药，校医务室的工作人员将非常乐意协助孩子。请您用英文填写以下表格，并与药品一并交给学校的健康中心。

자녀가 학교에 있는 동안 필요한 개인 약품을 학교 양호실에서 관리합니다. 개인 상비약을 학교에서 보관하도록 하고 싶으시면, 아래 양식을 영문으로 작성하셔서 약과 함께 보내주시기 바랍니다.

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 알레르기

List any other medicines currently taking: _____

请列出当前正在服用的其他药品 현재 복용중인 약

Medication Name: _____

药品名称 약 이름

Reason for medicine: _____

服药原因 복용 사유

Dosage/Amount: _____

剂量 용량

How often/frequency: _____

服药时间 복용 시간

Refrigerate: No Yes

是否需冷藏 냉장 보관 여부

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 약품 반환 (일자)

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

Parent signature: _____ Date _____

家长签名及日期 부모 서명과 일자