

Medication Administration Permission

The school's 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 Health Office.

如您的孩子在校期间需要服药, 学校医务室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 양호실 근무자가 관리합니다. 개인 상비약을 학교에서 보관하도록 하고 싶으시면, 아래 양식을 **영문으로** 작성하시어 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 알리지

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