

在校服藥管控同意書和持照開具處方藥者醫囑範本

School District of Springfield Twp.

學生姓名：\_\_\_\_\_ 日期/時間：\_\_\_\_\_

學校：\_\_\_\_\_ 教師/年級：\_\_\_\_\_

根據學校政策規定，學生應在家中或放學後服藥。但如果上述時間無法服藥而一定要在學校服藥時，學生服藥前應提供學校 *服藥管控同意書*，同意書上要有家長/監護人的簽名以及由持照開具處方藥者開立的 *用藥醫囑*。所有藥物必須裝在原本的處方藥瓶或藥房的容器裡面。

**家長/監護人同意書：**

我准許我的孩子\_\_\_\_\_在學校服用下列由持照開具處方藥者開立的藥物。我知道學校健康人員會根據我孩子的持照開具處方藥者開立的指示給藥。

家長/監護人簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

家長/監護人姓名（正楷）：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

.....  
**Licensed Prescriber Medication Order:**

Patient's name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name of medication: \_\_\_\_\_

Route and dosage: \_\_\_\_\_

Time of administration: \_\_\_\_\_

Directions: \_\_\_\_\_

Discontinuation date: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

Licensed Prescriber signature: \_\_\_\_\_

Licensed Prescriber name printed: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_