



알레르기/아나필락시스 약물 투약 양식

의료인 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2026-2027 학년도

학교 간호사/학교 보건 센터에 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

학생 성: _____ 이름: _____ 미들: _____ 생년월일: _____
 성별: 남 여 OSIS 번호: _____ 학년: _____ 학급: _____ 교육청 학군: _____
 학교(이름, 번호, 주소 보로 포함): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Specify Allergies:

History of asthma? Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction; complete the Asthma MAF for this student)
 No

Does this student have the ability to:

Self-manage (See 'Student Skill Level' below) Yes No
 Recognize signs of allergic reactions Yes No
 Recognize and avoid allergens independently Yes No

Select In-School Medications

SEVERE ALLERGIC REACTION

A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911.

Weight: _____ kg

Injectable (IM) 0.1 mg 0.15 mg 0.3 mg

Intranasal 1 mg 2 mg

Give epinephrine for any of the following signs and symptoms:

- Shortness of breath, wheezing, or coughing
- Pale or bluish skin color
- Weak pulse
- Many hives or redness over body
- Fainting or dizziness
- Tight or hoarse throat
- Trouble breathing or swallowing
- Lip or tongue swelling that bothers breathing
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation

Other signs and/or symptoms: _____

If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): _____

Even if child has MILD signs/symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine and call 911.

B. If no improvement, or if signs/symptoms recur, repeat in _____ minutes for maximum of _____ times (not to exceed a total of 3 doses, **do not enter ranges**)

If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below)

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse/trained staff must administer
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry/self-administer
 I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.
 Practitioner's Initials: _____

MILD ALLERGIC REACTION (parent must supply medicine for use in medical room) Note: if more than one oral medication is prescribed, this will be given first

Give for any of the following sign and symptoms • few hives • itchy mouth/nose/skin • mild nausea

SELECT ONE:

- Cetirizine Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q24 hours pm
 Diphenhydramine Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q4 hours pm Q6 hours pm

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry/self-administer
 I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.
 Practitioner's Initials: _____

OTHER ALLERGY MEDICATION: Give in addition to as alternative to the medication above

• Give Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q _____ hours pm

Specify signs, symptoms, or situations: _____

If no improvement, indicate instructions: _____

Conditions under which medication should not be given: _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry/self-administer
 I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.
 Practitioner's Initials: _____

Home Medications (include over the counter) None

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Please check one: MD DO NP PA
 Signature: _____ Date: _____ NYS License # (Required): _____ NPI #: _____
 Address: _____ Email address: _____
 Telephone: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

의료인 관련 정보가 불충분하다면 약물 주문이 지연될 것입니다
 레지던트는 양식을 작성할 수 없습니다

수정 2026/2
 학부모는 반드시 페이지 2에 서명하십시오

알레르기/아나필락시스 약품 투약 양식

의료인 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2026-2027 학년도

학교 간호사/학교 보건 센터에 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도에 처리가 지연될 수 있습니다.

학부모/보호자님께: 읽고 작성 후 서명. 저는 아래 내용에 동의하여 이에 서명합니다:

- 저는 자녀의 의료 서비스 제공자가 지시한 대로 학교에 자녀의 약을 보관하고 사용하는 것에 동의합니다. 저는 또한 제 자녀의 약에 필요한 비용을 학교에 보관 및 사용하는 것에 동의합니다.
- 저는 다음을 이해합니다:
 - 저는 학교 간호사/학교 보건 센터(SBHC) 의료인에게 반드시 자녀의 약품과 물품을 제공해야 합니다. 저는 안전 주사침(retractable needle)이 있는 에피네프린 펜을 학교에 제공해야 합니다.
 - 학교에 제공되는 모든 처방 및 "일반 의약품"은 반드시 개봉하지 않은 새것을 원래 용기에 들은 것을 제공해야 합니다. 저는 학교에 제 자녀가 학교 일과 중 사용할 수 있도록 유효기간이 지나지 않은 최신 약을 제공할 것입니다.
 - 처방약은 반드시 박스 또는 병에 원래의 약국 라벨이 붙어있어야 합니다. 라벨에는: 1) 자녀의 이름, 2) 약국 이름 및 전화번호, 3) 자녀의 의료 보건 담당자 이름, 4) 날짜, 5) 리필 숫자, 6) 약 이름, 7) 복용량, 8) 복용시간, 9) 복용/투약 방법 10) 기타 안내가 포함되어야 합니다.
 - 저는 자녀의 의료 보건 담당자와 의논하였으며 학교 보건 담당실(OSH)이 자녀의 천식 또는 에피네프린 약이 없을 때는 비축 약품을 투여하는 것에 동의하였음을 증명/확인합니다.
 - 저는 자녀의 약이나 의료 보건 담당자의 지시가 변경되면 즉시 학교 간호사/SBHC 의료인에게 반드시 알려야 합니다.
 - 저는 OSH 및 상기 의료 서비스(들)을 제 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 기관이 본 양식에 제공된 정보의 정확성에 의존함을 알고 있습니다.
 - 저는 투약 양식(MAF)에 서명함으로써 OSH 가 제 자녀에게 보건 서비스를 제공하는 것을 승인합니다. 이들 서비스에는 OSH 의료 서비스 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 포함되나 이에만 국한되지는 않습니다.
 - 이 MAF 의 약품 처방은 서머 세션을 포함한 제 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사/SBHC 의료인에게 새로운 MAF 를 제공할 때(둘 중 이른 시점) 만료됩니다. 이 약품 지시가 만료되면 저는 자녀의 학교 간호사/SBHC 의료인에게 자녀의 의료 서비스 제공자가 작성한 새로운 MAF 를 제출하겠습니다.
 - 이 양식은 양식에 설명된 알레르기 서비스에 대한 저의 동의 및 요청을 대변하며 직접 OSH 에 보낼 수도 있습니다. 이것은 요청한 서비스를 OSH 가 제공하겠다는 약속이 아닙니다. OSH 가 이들 서비스를 제공하겠다고 결정하면, 제 자녀는 또한 섹션 504 조정 계획이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
 - 제 자녀에게 케어 또는 치료를 제공할 목적으로 OSH 는 자녀의 의료 상태, 약품 또는 치료에 대해 필요하다고 생각하는 기타 정보를 수집할 수 있습니다. OSH 는 제 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 서비스 제공자, 간호사 또는 약사로부터 이 정보를 입수할 수 있습니다.

주의: 비축 약품 사용을 결정하셨다면, 귀하는 반드시 자녀와 함께 학교 견학 및/또는 방과 후 프로그램에 자녀의 에피네프린, 천식 흡입기 및 기타 승인된 약품을 보내셔야 합니다. 비축 약품은 OSH 직원에 의해 학교 안에서만 사용할 수 있습니다.

자가 투약(독립적인 학생만 해당):

- 저는 자녀가 스스로 약을 복용하도록 완전히 훈련되어 있고 복용할 수 있음을 보증/확인합니다. 저는 제 자녀가 양식에 명시된 처방약을 학교 및 견학 장소에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명된 병 또는 박스에 있는 이 약품을 제 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 제 자녀의 해당 약품 사용을 감독하고 학교에서 제 자녀의 해당 약품 사용으로 인한 모든 결과는 또한 제 책임입니다. 제 자녀가 학교에서 약품을 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사/SBHC 의료인이 확인할 것입니다. 저는 또한 학교에 명확한 라벨이 부착된 박스 또는 병에 들어 있는 "여분"의 약품을 제공하는 것에 동의합니다.
- 저는 자녀가 일시적으로 에피네프린을 소지 또는 자가 투여하지 못할 때 학교 간호사 또는 훈련된 학교 직원이 투여하는 것에 동의합니다.

학생 성: _____ 이름: _____ 중간 이니셜: ____ 생년월일(월/일/년): _____
학교(ATS DBN/이름): _____ 보로: _____ 학군: _____
학부모/보호자 성명(인쇄체): _____ 학부모/보호자 이메일: _____
학부모/보호자 서명: _____ 서명 날짜: _____
학부모/보호자 주소: _____
학부모/보호자 휴대 전화번호: _____ 기타 전화: _____
기타 비상 연락처 이름/관계: _____
기타 비상 연락처 전화번호: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ Received by – Name: _____ Date: _____
 504 IEP Other: _____ Reviewed by – Name: _____ Date: _____
Referred to School 504 Coordinator: Yes No
Services provided by: Nurse/NP OSH Public Health Advisor (for supervised students only) School Based Health Center
Signature and Title (RN or SMD): _____
Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: _____
Revisions per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: Clarified Modified