



# 일반 약 투약 양식

이 양식은 당뇨, 발작, 천식 또는 알레르기 약품에는 사용하면 안됩니다.

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.

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

1. Diagnosis: \_\_\_\_\_ ICD-10 Code:  \_\_\_\_\_

### 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 - \*Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
    - I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.
- Practitioner's Initials: \_\_\_\_\_

### In School Instructions

Medication (Generic and/or Brand Name): \_\_\_\_\_

Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ mg Route: \_\_\_\_\_

Standing daily dose – at \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ and/or

PRN – specify signs, symptoms, or situations: \_\_\_\_\_

- Time interval: \_\_\_\_\_ minutes or \_\_\_\_\_ hours as needed.
- If no improvement, repeat in \_\_\_\_\_ minutes or \_\_\_\_\_ hours for a maximum of \_\_\_\_\_ times.

Conditions under which medication should not be given: \_\_\_\_\_

2. Diagnosis: \_\_\_\_\_ ICD-10 Code:  \_\_\_\_\_

### 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 - \*Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
    - I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.
- Practitioner's Initials: \_\_\_\_\_

### In School Instructions

Medication (Generic and/or Brand Name): \_\_\_\_\_

Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ mg Route: \_\_\_\_\_

Standing daily dose – at \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ and/or

PRN – specify signs, symptoms, or situations: \_\_\_\_\_

- Time interval: \_\_\_\_\_ minutes or \_\_\_\_\_ hours as needed.
- If no improvement, repeat in \_\_\_\_\_ minutes or \_\_\_\_\_ hours for a maximum of \_\_\_\_\_ times.

Conditions under which medication should not be given: \_\_\_\_\_

3. Diagnosis: \_\_\_\_\_ ICD-10 Code:  \_\_\_\_\_

### 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 - \*Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
    - I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.
- Practitioner's Initials: \_\_\_\_\_

### In School Instructions

Medication (Generic and/or Brand Name): \_\_\_\_\_

Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ mg Route: \_\_\_\_\_

Standing daily dose – at \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ and/or

PRN – specify signs, symptoms, or situations: \_\_\_\_\_

- Time interval: \_\_\_\_\_ minutes or \_\_\_\_\_ hours as needed.
- If no improvement, repeat in \_\_\_\_\_ minutes or \_\_\_\_\_ hours for a maximum of \_\_\_\_\_ times.

Conditions under which medication should not be given: \_\_\_\_\_

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 약품 주문이 지연될 것입니다  
레지던트는 양식을 작성할 수 없습니다

수정 2026/2  
학부모는 반드시 페이지 2에 서명하십시오

## 일반 약 투약 양식

이 양식은 당뇨, 발작, 천식 또는 알레르기 약품에는 사용하면 안됩니다.  
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)에 반드시 제 자녀의 약품과 물품을 제공해야 합니다.
  - 학교에 제공하는 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 약이나 의료 보건 담당자의 지시가 변경되면 즉시 학교 간호사/SBHC 의료인에게 반드시 알려야 합니다.
  - 학생은 규제 약물을 절대 소지하거나 사용할 수 없습니다.
  - 저는 학교 보건 담당실(OSH) 및 상기 의료 서비스(들)을 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 기관에서 본 양식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 알고 있습니다.
  - 저는 투약 양식(MAF)에 서명함으로써 OSH가 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 MAF의 약품 처방은 서머 세션을 포함한 제 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사/SBHC 의료인에게 새로운 MAF를 제공할 때(둘 중 이른 시점) 만료됩니다. 이 약품 지시가 만료되면 저는 자녀의 학교 간호사/SBHC 의료인에게 자녀의 의료 서비스 제공자가 작성한 새로운 MAF를 제출하겠습니다.
  - 이 양식은 양식에 설명된 약품 서비스에 대한 저의 동의 및 요청을 대변하며 직접 OSH에 보낼 수도 있습니다. 이것은 요청한 서비스를 OSH가 제공하겠다는 약속이 아닙니다. OSH가 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 OSH는 자녀의 의료 상태, 약품 또는 치료에 대해 필요하다고 생각하는 기타 정보를 수집할 수 있습니다. OSH는 제 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 서비스 제공자, 간호사 또는 약사로부터 이 정보를 입수할 수 있습니다.

주의: 학교 건학이나 학교 밖 활동 시 자녀의 약품 및 물품을 보내는 것이 좋습니다.

### 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.

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: \_\_\_\_\_

전화번호: 주중: \_\_\_\_\_ 자택: \_\_\_\_\_ 휴대 전화: \_\_\_\_\_

기타 비상 연락처  
이름: \_\_\_\_\_ 학생과의 관계: \_\_\_\_\_ 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 OSH contact with prescribing health care practitioner:  Clarified  Modified