



# 의료 처방 관리(비-약품) 양식

의료인 관리 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(ATS DBN/이름, 주소 및 보조 기재): \_\_\_\_\_

## HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

ONE ORDER PER FORM (make copies of this form for additional orders).

Attach prescription(s) / additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blood Pressure Monitoring  | <input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #4              | <input type="checkbox"/> Trach Care: Trach. Size _____        |
| <input type="checkbox"/> Chest Clapping/Percussion  | <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _____ Fr.                  | <input type="checkbox"/> Trach Replacement - specify in #4    |
| <input type="checkbox"/> Clean Intermittent Catheterization:<br>Cath Size _____ Fr.   | <input type="checkbox"/> Ostomy Care  | <input type="checkbox"/> Trach suctioning: Cath Size _____ Fr |
| <input type="checkbox"/> Central Line/PICC Line   | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in #1,<br>including pulse oximetry | <input type="checkbox"/> Other: _____                         |
| <input type="checkbox"/> Dressing Change  | <input type="checkbox"/> Postural Drainage  |   |
| <input type="checkbox"/> Feeding: Cath Size _____ Fr.   | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry – specify in #1                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Nasogastric <input type="checkbox"/> G-Tube <input type="checkbox"/> J-Tube <input type="checkbox"/> Bolus |   |   |
| <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity <input type="checkbox"/> Spec./Non-Standard*                         |   |   |

Student will also require treatment:  during transport  on school-sponsored trips  during afterschool programs

Student Skill Level (select the most appropriate option):

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

Diagnosis: \_\_\_\_\_ Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)  
 Diagnosis is self-limited:  Yes  No  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

### 1. Treatment required in school:

- Feeding: \*Per the New York State Education Department, nurses are not permitted to administer premixed medications and feedings.  
 Nurses may prepare and mix medications and feedings for administration via G-tube as ordered by the child's primary medical provider/specialist.  
 Formula Name: \_\_\_\_\_ Concentration: \_\_\_\_\_  
 Route: \_\_\_\_\_ Amount: \_\_\_\_\_ Rate: \_\_\_\_\_ Duration: \_\_\_\_\_ Frequency/specific time(s) of administration: \_\_\_\_\_
- Flush with \_\_\_\_\_ mL  Before feeding  After feeding
- Oxygen Administration: Amount (L): \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Frequency/specific time(s) of administration: \_\_\_\_\_  
 pm  O2 Sat < \_\_\_\_\_ % Specify signs & symptoms: \_\_\_\_\_
- Other Treatment: Treatment Name: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Frequency/specific time(s) of administration: \_\_\_\_\_  
 Specify signs & symptoms: \_\_\_\_\_
- Additional Instructions or Treatment: \_\_\_\_\_

2. Conditions under which treatment should not be provided:

3. Possible side effects/adverse reactions to treatment:

4. Emergency Treatment: Provide specific instructions for clinical personnel (if present) in case of emergency or adverse reactions, including dislodgement or blockage of tracheostomy or feeding tube:

5. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube:

6. Date(s) when treatment should be: Initiated: \_\_\_\_\_ Terminated: \_\_\_\_\_

### 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

# 의료 처방 관리(비-약품) 양식

의료인 관리 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 의료 비품, 기구 및 처방 관리를 보관하고 사용하는 것에 동의합니다.
- 저는 다음을 이해합니다:
  - 저는 학교 간호사/학교 보건 센터(SBHC) 의료인에게 반드시 자녀의 의료 비품, 기구 및 관리를 제공할 것입니다.
  - 학교에 제공하는 모든 비품은 개봉하지 않은 새것을 원래 용기에 들은 것을 제공해야 합니다. 저는 학교에 제 자녀가 학교 일과 중 사용할 수 있도록 유효기간이 지나지 않은 최신 비품을 제공할 것입니다.
    - 비품, 기구, 치료에 자녀의 이름 및 생년월일을 부착해야 합니다.
  - 저는 자녀의 관리 또는 의료 서비스 제공자의 지시가 변경되면 반드시 즉시 학교 간호사/SBHC 의료인에게 알려야 합니다.
  - 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 본 양식에 서명함으로써 OSH 가 자녀에게 보건 서비스를 제공하도록 허가합니다. 이들 서비스에는 OSH 의료 서비스 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 포함되나 이에만 국한되지는 않습니다.
  - 이 양식의 관리 안내/지시는 서머 세션을 포함한 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사에게 새로운 양식을 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 의료 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.

뉴욕주 교육부에 의해, 간호사는 사전에 혼합된 약물 및 음식을 제공할 수 없습니다. 간호사는 담당 의료 제공자의 지시에 따라 자녀의 약품을 준비 및 혼합 그리고 G-튜브를 사용하여 음식 섭취를 할 수도 있습니다.

## 자가 관리(독립적인 학생만 해당):

- 저는 자녀가 스스로 관리하도록 완전히 훈련되어 있고 복용할 수 있음을 보증/확인합니다. 저는 제 자녀가 양식에 명시된 관리를 학교 및 견학 장소에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명과 같이 명시된 비품 및 기구를 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 관리를 모니터링하며 학교에서 자기 관리한 모든 결과에 대한 책임이 본인에게 있음을 인지합니다. 제 자녀가 학교에서 약품을 자가 관리할 능력이 있는지 학교 간호사/SBHC 의료인이 확인할 것입니다. 또한 본인은 자가 치료가 불가능할 경우를 대비해 학교에 명확히 명시된 "여분"의 기구 또는 비품을 제공할 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