



# 발작 약 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.

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

### Diagnosis/Seizure Type: (check all that apply)

- Localization related (focal) epilepsy  Primary generalized  Secondary generalized  Childhood/juvenile absence  
 Myoclonic  Infantile spasms  Non-convulsive seizures  Other (please describe below)

Seizure Type	Duration	Frequency	Presentation/Description	Triggers/Warning Signs/Pre-ictal Phase

Post-ictal presentation:

Seizure History: Describe history & most recent episode (date, trigger, pattern, duration, treatment, hospitalization, ED visits, etc.):

H/O Status Epilepticus?  No  Yes Has student had surgery for epilepsy?  No  Yes – Date: \_\_\_\_\_ Well Controlled?  No  Yes

## TREATMENT PROTOCOL DURING SCHOOL:

### A. Emergency Medication(s) (list in order of administration) [Nurse must administer] ; CALL 911 immediately after administration

Name of Medication	Concentration/Preparation	Dose	Route	Administer After	Side Effects/Specific Instructions
<input type="checkbox"/> diazepam				<input type="checkbox"/> 3 min <input type="checkbox"/> 5 min <input type="checkbox"/> _____ min	
<input type="checkbox"/> midazolam				<input type="checkbox"/> 3 min <input type="checkbox"/> 5 min <input type="checkbox"/> _____ min	

### B. In-School/Routine Medications

#### 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: \_\_\_\_\_

Name of Medication	Concentration/Formulation	Dose	Route	Frequency or Time	Side Effects/Specific Instructions

### C. Does student have a Vagal Nerve Stimulator (VNS)? (any trained adult can administer) No Yes, If YES, describe magnet use:

- Swipe magnet  immediately  within \_\_\_\_\_ min; if seizure continues, repeat after \_\_\_\_\_ min \_\_\_\_\_ times; Give emergency medication after \_\_\_\_\_ min and call 911.

### Activities:

- Adaptive/protective equipment (e.g., helmet) used?  No  Yes  
 Gym/physical activity participation restrictions?  No  Yes - If YES, please complete the Medical Request for Accommodations Form

### Other:

- 504 Accommodations requested (e.g., supervision for swimming)?  Yes (attach form)  No

Home Medication(s) <input type="checkbox"/> None	Dosage, Route, Directions	Side Effects / Specific Instructions

Other special instructions:

## 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

수정 2026/2

레지던트는 양식을 작성할 수 없습니다

학부모는 반드시 페이지 2에 서명하십시오

## 발작 약 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 비품을 학교에 보관 및 사용하는 것에 동의합니다.
- 저는 다음을 이해합니다:
  - 저는 학교 간호사/학교 보건 센터(SBHC) 의료인에게 반드시 자녀의 약품과 물품을 제공할 것입니다.
  - 학교에 제공하는 모든 처방 및 "일반 의약품"은 반드시 개봉하지 않은 새것을 원래 용기에 들은 것을 제공해야 합니다. 제 자녀가 교내가 아닌 견학에서 사용할 수 있는 별도의 약품을 제공하겠습니다.
    - 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 OSH 가 제 자녀에게 보건 서비스를 제공하는 것을 승인합니다. 이 서비스에는 OSH 의료 서비스 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 포함됩니다.
  - 이 MAF의 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 약품 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.
  - OSH 는 제 자녀의 상태나 투약 또는 치료에 관해 필요하다고 생각되는 추가 정보를 입수할 수 있습니다. OSH 는 제 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 서비스 제공자, 간호사 또는 약사로부터 이 정보를 입수할 수 있습니다.
  - 저는 비강 투여 약물을 포함한 응급 발작 약품은 뉴욕 주 규정에 따라 간호사 또는 기타 라이선스 취득 의료인에 의해서만 투약 될 수 있다는 사실을 알고 있습니다.

주의: 학교 견학이나 학교 밖 활동 시 자녀의 약품 및 기구를 보내는 것이 좋습니다.

### 비-응급 약품 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 약을 제 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 약품 사용을 모니터하고 학교에서 제 자녀의 해당 약품 사용으로 인한 모든 결과는 또한 제 책임입니다. 제 자녀가 학교에서 약품을 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사 또는 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 이름/번호: \_\_\_\_\_ 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 Office of School Health after consultation with prescribing practitioner:  Clarified  Modified