

三藩市聯合校區 - 學校健康計劃處

服用藥物表格 (每份表格一種藥物)

親愛的家長/監護人/看顧人：

加州教育法令第 49423 條規定，學生如需在上課日服用醫生處方或非醫生處方藥物，可由學校人員協助，但只在校區收到醫護服務提供者及學生家長/監護人/看顧人的具體書面說明後，方予進行。請填妥本表格各部分，並交回校長。

IF POSSIBLE, PLEASE SCHEDULE MEDICATION OUTSIDE OF SCHOOL HOURS

Please print legibly in all sections

Student Name: Last	First	Middle	Date of Birth (Month/Day/Year)
--------------------	-------	--------	--------------------------------

HEALTH CARE PROVIDER SECTION

Health Condition for which medication is prescribed:	Medication: Dose: _____ Frequency: _____ Duration: _____
How is medication to be given? <input type="checkbox"/> By mouth <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Topical <input type="checkbox"/> Other _____	At what time does medication need to be given at school? _____ AM / PM
The medication is to be continued as above until: (Please be as specific as possible about date)	Any precautions that school personnel need to know? Contraindications?
What are possible reactions/side effects?	What should be done in the event of reaction/side effect?
Check appropriate boxes below:	
<input type="checkbox"/> I authorize this student to self-administer the above medication.	
<input type="checkbox"/> I authorize designated school personnel to administer the above medication.	
Please name, address, & phone number of health Care Provider	Signature of Health Care Provider

家長/監護人/看顧人填寫部份

家長/監護人/看顧人姓名	在家所用語言	日間電話 ()
地址 - 號碼及街名	公寓號碼 城市	晚間電話 ()
學校	兒童中心 / 小學 / 初中 / 高中	上課時間
請在下面適當空格上劃“√”：		
<input type="checkbox"/> 本人允許子女自己服用以上藥物。		
<input type="checkbox"/> 本人允許指定學校人員給本人子女服用以上藥物。		

1. 本人同意，三藩市聯合校區及其僱員無須為服藥的後果或服藥方法負任何責任。
2. 三藩市聯合校區及其僱員若因這些安排而需負責，本人將予賠償。
3. 子女服用的藥物如有改變，本人會立即通知校長。
4. 本人明白，本人送到學校的藥物需用藥房原裝藥瓶來裝，藥瓶需有標籤，標籤上需有本人子女姓名及醫護服務提供者的指示。
5. 本人明白，學年完結時，本表格將自動失效。
6. 為了本人子女的安全與健康著想，本人同意校方採取適當行動。

家長/監護人/看顧人簽名 _____ 日期 _____

SFUSD-SHPD MEDICATION FORM available @ http://portal.sfusd.edu/template/default.cfm?page=chief_dev_health.MedicalForms