



# Medication & Allergy Form

## 允许用药声明 2022-2023

I, the parent of (student's full name) \_\_\_\_\_ in grade \_\_\_\_\_, give permission for the school staff to give my child the following medications. 我允许学校护士给予我的孩子(学生的全名 \_\_\_\_\_ 及年级 \_\_\_\_\_)以下药物治疗.

저는 학교 간호사가 \_\_\_\_\_학년의 저의 자녀(성명) \_\_\_\_\_에게 아래와 같은 약을 필요 시 투약해도 됨을 승낙합니다.

**Please check (✓) below.** 请在下面打(✓) / 표시하십시오.

Tylenol (also known as Paracetamol/Panadol/Acetaminophen) / 泰诺 (亦称扑热息痛/ 对乙酰氨基酸) / 진통, 해열제(타이레놀)

Ibuprofen / 布洛芬缓释胶囊 / 진통, 해열제(이부프로펜/부르펜)

Clarityne for allergic reactions/colds 用于过敏反应, 알러지/감기약

Topical ointments for cuts and rashes (including iodine) / 用于局部伤口、皮疹和蚊虫叮咬的药膏 (包括碘伏) / 피부 상처에 사용하는 소독제(아이오딘 포함)

Throat Lozenges 止咳糖 / 목 캔디

**My child takes the following Medications** (eg asthma inhalers or antibiotics)

我的孩子采取以下药物治疗(例如哮喘吸入器或抗生素等) / 이 외에 필요한 약 (예: 천식 치료제)

Name of medicine / 药品的名称 / 약 이름: \_\_\_\_\_

Dose/ 剂量 / 복용량: \_\_\_\_\_

Reason / 原因 / 투약 이유: \_\_\_\_\_

My child has allergies Yes/No (Circle) / 我的孩子有过敏症状 是/否 (画圈)

자녀의 알레르기 유무 사항: 네/아니오 (동그라미 표시하세요.)

My child has the following allergies / 我的孩子有以下过敏症状 / 자녀의 알레르기 내용:

- The nurse will attempt to phone the parent prior to giving any medication.  
在用任何的药品前护士会先联络家长. / 필요한 약을 투약하기 전 학교 간호사는 부모님에게 통보할 것입니다.
- Child's own prescribed medicine should be supplied from home and given to the nurse, who will dispense. Include written instructions, dose, time to be taken and for how many days.  
孩子应把自己指定的药品及药品的原包装盒从家带来提供给护士分配. 包括使用说明, 剂量, 用药的时间及每日 的用量.  
처방된 약은 복용량과 시간, 투약 기간을 상세히 기재해 양호실에 가지고 와서 말기고 간호사가 약을 먹이도록 합니다.
- Please phone the nurse if you have any concerns.  
如有任何问题请致电护士. / 만일 염려사항이 있으시면, 간호사에게 전화로 알려주시길 바랍니다.
- A new form will be required each year and to alter /add to medications already listed.  
每年会要求一张新的表格. / 매년 새로운 양식을 작성해 보내 주셔야 합니다.
- Students with Asthma or Severe Allergies will require an Action Plan to be completed. Please contact the school nurse for an Action Plan if needed. 有哮喘或严重过敏症的学生将需要填写一份行动计划表. 如果需要行动计划表请联络护士. 천식이나 심한 알레르기를 앓는 학생의 경우 '응급 대응 방법'에 대해서 학교 간호사와 상의해 주시기 바랍니다.

Parent Name / 家长的姓名 / 학부모 성명: \_\_\_\_\_

Signature / 家长签名 / 학부모 서명: \_\_\_\_\_ Date / 日期 / 날짜: \_\_\_\_\_

Home phone / 住宅电话 / 집 전화: \_\_\_\_\_ Cell / 手机 / 핸드폰: \_\_\_\_\_

Sincerely,

School Nurse Student Services 学校护士 学生处 / 학교 간호사

Phone / 电话 / 전화: 3126-2277 Ext. / 分机号 / 내선: 81191