

KIST Permission to Administer Medication**投薬についての許可**

Please submit this form together with the relevant medication to the nurse's room. All medication must be kept in the nurse's room to prevent it reaching other students. Parents of Elementary students are required to submit this form in person; however, Secondary students may submit it themselves.

薬は他の生徒の誤飲事故を防ぐため、必ず学校保健室に保管する。セカンダリースクール生徒は自分で保健室に、エレメンタリースクール生徒は保護者が保健室にお持ちください。

Student's name: _____ Class: _____

I have read and understood the school health policy as outlined in the Family Handbook. Due to my child's health condition, however, it is necessary for him/her to take medication during school hours. As I am unable to visit the school to administer the medication personally, I wish to ask for the school's assistance.

私はファミリーハンドブックにある学校の健康に関する方針を読み理解していますが、私の子供は健康上の理由で学校時間中に薬を服用しなければなりません。投薬のために私が学校に行くことができませんので、学校のお手伝いをお願いいたします。

★Name/Brand of medication 薬の名前/ブランド名: _____

★Type of medication 薬の種類: _____

★What is the child's illness/condition? 病名と具合についてお書き下さい。 _____

★Does the medication need to be refrigerated? 薬は冷蔵庫で保管する必要がありますか? Yes No

★Can your child administer the medication by himself/herself? お子さんは自分で薬を飲めますか? Yes No

★If no, please provide detailed instructions for school staff. No の場合は学校スタッフが投薬します。詳しい方法をお知らせください。 _____

★Time/s to be administered 投薬時間: _____

★Please read the following statements and check (☑) each of the boxes.

以下の文を読み、各欄にチェックを入れてください。

I have received pre-authorization from the school office to send this medication.

私はこの薬を持たせる事前承認をオフィスから取りました。

My child has been cleared by a doctor to attend school. (Please attach medical certificate.)

私の子供には医師の登校許可が出ています。(診断書を添付してください。)

I agree not to hold KIST responsible for any problems that may be caused in administering this medication.

私はこの学校での投薬によっていかなる問題が発生しても KIST の責任を問わないことに同意します。

Parent/Guardian's signature: _____ Date: _____ / _____ / _____

(e.g. Jan./1/2016)