



# THE NEW JERSEY JAPANESE SCHOOL

THE JAPANESE EDUCATIONAL INSTITUTE OF NEW YORK  
117 FRANKLIN AVENUE, OAKLAND, NJ 07436 TEL (201) 405-0888 FAX (201) 405-1411

Web page: [www.NewJerseyJapaneseSchool.org](http://www.NewJerseyJapaneseSchool.org)

Email: [NJJS@NewJerseyJapaneseSchool.org](mailto:NJJS@NewJerseyJapaneseSchool.org)

## REQUEST for MEDICATION to be ADMINISTERED by SCHOOL NURSE

(スクールナースによる薬服用のための承諾書)

Student's Name 児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

Grade 学年 \_\_\_\_\_

### PARENTAL REQUEST (保護者の届出)

I, the parent/guardian of 児童生徒の氏名 \_\_\_\_\_, request that the medication prescribed by my child's physician be administered to my child by school nurse at the prescribed time. (私、児童生徒の保護者は、医師から処方された薬をスクールナースが私の子供に服用時間に投与することを希望します。)

I agree to bring supply of the medication to school nurse. The medication will be brought to school in its original container appropriately labeled by my pharmacy.

(私は薬をスクールナースに預けることに同意します。薬は薬局の専用ラベルの貼られた容器のまま持ってきます。)

Signature of Parent/Guardian 保護者のサイン \_\_\_\_\_

Date 記入日 \_\_\_\_\_

Address 住所 \_\_\_\_\_

Phone # 電話番号 \_\_\_\_\_

### PHYSICIAN'S STATEMENT (医師による証明)

In order to protect the health of 児童生徒氏名 \_\_\_\_\_ it is necessary for the her /him to have the following medication during school hours.

(上記の児童生徒は、以下の薬が学校にいる時間帯に必要です。)

**MEDICATION:** 薬品名 \_\_\_\_\_

**DOSAGE:** 1回の分量 \_\_\_\_\_

**TIME to be Administered:** 投与時間 \_\_\_\_\_

**Purpose of medication:** 薬の効果 \_\_\_\_\_

List any possible side effects which might be expected: 副作用の有無等 \_\_\_\_\_

**DIAGNOSIS:** 診断 \_\_\_\_\_

I authorize the school nurse to administer the above medication.

(私はスクールナースが上記の薬を管理することを認めます。)

Signature of Physician 医師のサイン \_\_\_\_\_

Date 記入日 \_\_\_\_\_

Print Physician's Name 医師名 \_\_\_\_\_

Phone # 電話番号 \_\_\_\_\_

Address 住所 \_\_\_\_\_