



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

Email: NJJS@NewJerseyJapaneseSchool.org

REQUEST for SELF-ADMINISTRATION of MEDICATION

(校内にてナース不在時の薬服用のための承諾書)

Student's name 児童・生徒氏名 (活字体で)

Grade 学年

PARENTAL REQUEST (保護者の届出)

I, the parent/guardian of 児童・生徒氏名 (活字体で) _____, authorize the Principal and School Nurse to permit the student to self-administer the prescribed medication as indicated. I understand and agree that the school, school nurse and principal shall incur no liability as a result of any injury arising from the self-administration of medication by the student and I hold no liability the school, school nurse and principal against any claims arising out of the self administration of medication by the student. (私、児童生徒の保護者は、私の子供が必要な薬を学校に持って行き服用することを希望します。私は、私の子供が薬を服用したことによって生じた事態について、学校・スクールナース・校長にいかなる賠償請求を求めないことに同意します。)

I agree to bring 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 保護者サイン

Date 記入日

Address 住所

Phone# 電話番号

PHYSICIAN'S STATEMENT (医師の証明)

In order to protect the health of 児童・生徒氏名 _____ it is necessary for him/her 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。)

MEDIACATION: 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 effect which might be expected: 副作用の有無等

DIAGNOSIS: 診断

I request that the student be allowed to carry and self administer the prescribed medication. I certify that the student is capable of, and has been instructed in the proper methods of self-administration.

(私は、児童生徒が処方された薬を学校にいる時間帯に自分で服用することを希望します。児童生徒は自分で服用できることを証明します。)

Signature of Physician 医師のサイン

Date 記入日

Print Physician's name 医師名

Address 病院の住所

Phone# 電話番号