

## KIPS Permission to Administer Medication

### 投薬についての許可

Please submit this form together with the relevant medication to the office. All medication must be kept in the office to prevent it reaching other students.

薬は他の生徒の誤飲事故を防ぐため、必ず事務所に保管する。

Student's name: \_\_\_\_\_ Class: \_\_\_\_\_

I have read and understood the school health policy as outlined in the K International Preschool Guidelines for Families. 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 KIPS 重要事項説明書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。

★What is the child's illness/symptoms? 病名と症状についてお書き下さい。

---



---



---

★Name and Uses of medication 薬の名前と効果

Name 薬品名	Uses 効果

★Type of medication 薬の種類

Internal medicine 内服薬:  Powder 散剤  Liquid 液体  Other その他 \_\_\_\_\_

External medicine 外用薬: \_\_\_\_\_

★Dosage 1回に飲む薬の量: \_\_\_\_\_ packet(s)包 \_\_\_\_\_ tick mark(s) on the dropper 目盛 Other その他 \_\_\_\_\_

★How to store the medicine 薬の保管方法:  at room temperature 室温  in a refrigerator 冷蔵庫

★Time/s to be administered 投薬時間:  before a meal 食前  after a meal 食後  other その他 \_\_\_\_\_

★Please provide detailed instructions for school staff. 詳しい投薬方法をお知らせください。

---



---



---

★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 KIPS 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 KIPS の責任を問わないことに同意します。

Parent/Guardian's signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(e.g. Jan./1/2013)