

**この用紙は、緊急時に医師や救急隊員に提示する為の用紙です。表裏とも英語で記入して下さい。また、変更があった場合は必ず再提出願います。

幼 小 中 高 年 組

EMERGENCY INFORMATION (緊急時に備えて)

Student's Name (生徒氏名)

Last (姓) _____ First (名) _____ DOB (生年月日) _____

Name of Legal Guardian (保護者名) _____

Address (住所) _____ Phone: _____

Name of Employer (勤務先) _____ Phone: _____

List two neighbors or someone who will assume temporary care of your child if you cannot be reached

(保護者に連絡が取れなかった場合、一時的にお子さんの世話をしてもらえる方の連絡先を必ず二つ記入して下さい。)

1. Name (氏名) _____ Phone (電話番号) _____
Address (住所) _____

2. Name (氏名) _____ Phone (電話番号) _____
Address (住所) _____

_____ Phone (電話番号) _____
Preferred Physician (ファミリードクター)

_____ Phone (電話番号) _____

Preferred Dentist (歯科医)

● Medications (常用薬、用量と頻度等についてお書き下さい。また、医薬品、特にエピペンやインハイラーを補習校で携帯する場合は、「医薬品投与補助申込書」にも記入し提出して下さい。)

Health Concerns (健康面で心配な点。同様の内容を「家庭報告書」にも日本語で記入してください。)

Allergies (深刻なアレルギーの詳細。同様の内容を「家庭報告書」にも日本語で記入してください。)

- Medicines / Latex (抗生物質等の薬物・ラテックス) _____
- Foods/other (ピーナッツ、卵、魚介類などの食物、蜂、その他に関する物) _____
- Recommended treatment if allergy is severe (深刻なアレルギーが起きた時の対処療法) _____
- Previous history of anaphylactic reactions or severe asthma attack (アナフィラキシーショック、深刻な喘息発作等の既往歴。原因物質、回数、状況、症状、治療方法を詳しく記入してください。) _____

● Physical Impairments (身体障害、運動障害等。同様の内容を「家庭報告書」にも日本語で記入してください。)

● Date of Last Tetanus Booster (最後にした破傷風予防注射(三種混合DTap/DTP/Tdapを含む)の日付)

*****破傷風予防注射は必須です。空欄で提出される場合は、下記の該当する項目に、チェックをお願いします。*****

We have an appointment on _____ to have a booster. (予防注射の予定日を記入してください。)

Refusal to have Tetanus shot (破傷風の予防注射を拒否している。)

I consent to having tetanus shot administered to the named child if deemed necessary by the emergency officer. (救急隊員が必要と判断した場合、上記の子供に破傷風の予防注射を受けさせることに同意します。)

**必須
Completed by (書類記入者の氏名): _____

Relationship to Child (子供との続柄): _____

(裏面も記入して下さい。)

(表裏とも英語で記入して下さい)

EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION

(緊急時の措置に関する同意書)

PART 1 or PART 2 must be completed one (パート1またはパート2のどちらか一方のみ記入して下さい。)

PART 1 (委任の同意)

I give my consent for emergency medical treatment of my child to the school authorities in the following procedure.

(私の子供が、コロナパス日本語補習校の管轄下で事故にあった場合、または病気になった場合には、学校が下記の処置を取ることに保護者の責任において同意します。)

1. The school authorities contact the parents. (直ちに保護者に連絡する。)
2. In the event reasonable attempts to contact the parents have been unsuccessful, I hereby give my consent for emergency treatment to the designated practitioners on the reverse side.
(保護者に連絡が取れない場合には、裏面に指定された医師に連絡し、その指示を受ける。)
3. In the event the designated practitioner is not available, the school authorities will transfer the child to any reasonably accessible hospital.
(裏面に指定された医師への連絡も取れない場合には、学校がもっとも適切と判断する病院へ子供を移送する。)

Signature of Legal Guardian (保護者サイン)

Date (日付)

PART 2 (委任の拒否・PART 1を選んだ方は記入しないで下さい)

I do NOT give my consent for emergency medical treatment of my child. In the event of illness or injury requiring emergency treatment. I wish the school authorities to TAKE NO ACTION OR TO :

(コロナパス日本語補習校の管轄下で私の子供が緊急の処置を要する事故・病気になった場合でも、学校にその処置を委ねることを拒否します。或いは次の処置を取るようお願いいたします。)

: _____

Signature of Legal Guardian (保護者サイン)

Date (日付)

(表面も記入して下さい。)