

保護者の方へ: 当校就学中に起こる健康上の不測の事態に備えるため、下記のフォームにご記入の上、ご提出ください。尚、ご提出いただいた調書は個人情報として慎重に取り扱います。(必要な箇所は○で囲んでください)。

学部、学年、組 幼・小・中・高 年 組	児童生徒氏名(ふりがな)	生年月日 年 月 日	性別 男 女
---------------------------	--------------	---------------	--------------

【緊急時の連絡先】 (土曜日)

住所	自宅電話番号		
保護者氏名	児童生徒との続柄・関係	携帯電話番号	
上記に連絡がつかない場合の連絡先氏名	児童生徒との続柄・関係	電話番号	

【医療情報】

家庭医(Family Doctor)の氏名	電話番号	児童生徒の Health Card 番号(OHIP・その他)
-----------------------	------	--------------------------------

【児童生徒の健康状態】

○就学中に影響があると思われる疾患、身体的障害・制限やその他健康上の懸念の有無 …… ( 有 ・ 無 )

○具体的内容: \_\_\_\_\_

<主な疾患/症状~ご参考>

- ・鼻血(Nosebleeds)      ・糖尿病(Diabetes)      ・てんかん(Epilepsy)      ・消化器の不調(Digestive Upsets)
- ・神経発作(Fainting Spells)      ・血友病(Hemophilia)      ・偏頭痛/頭痛(Migraine / Headaches)

○通常の治療方法: \_\_\_\_\_

○Medical Alert Identification の有無 …… ( 有 ・ 無 )

○スポーツ活動、および補習校での学習や参加について、健康上心配がありますか。…… ( 有 ・ 無 )  
( 有 )とお答えの場合、詳しくご説明ください。

---



---

【アレルギー / 喘息】

○ 食品、医療品、その他にアレルギーがある場合、下記により詳細をお知らせください。

アレルギー・喘息	激しさの程度 軽い ⇄ 激しい	反応の特色	通常の治療法
_____	1. 2. 3. 4.	_____	_____
_____	1. 2. 3. 4.	_____	_____
_____	1. 2. 3. 4.	_____	_____

○Epi Penを持っていますか？(はい・いいえ)→ (はい)の場合、常時どこに携帯していますか？ \_\_\_\_\_

○喘息用吸入器を持っていますか？(はい・いいえ)→ (はい)の場合、常時どこに携帯していますか？ \_\_\_\_\_

【注】 法律上、第3者がエピペンを含むすべての薬の処方をする事はできません。

裏面もご記入ください

【医薬品】

○(医師の処方により)常時医薬品を使用していますか?( はい ・ いいえ )

(はい)の場合、その詳細をお知らせください。\_\_\_\_\_

使用医薬品名: \_\_\_\_\_ 投与量: \_\_\_\_\_

投与頻度: \_\_\_\_\_ 医薬品及び投与についての説明: \_\_\_\_\_

【両親 / 保護者としての同意書】

以下の同意書をよくお読みいただき、ご署名ください。

**CONSENT OF PARENT(S) / GUARDIAN(S):**

To the best of my/our knowledge, my/our child is in good health. I/we hereby agree to immediately inform the supervisor at the School of any infectious disease to which my/our child has been exposed and also there is a known change in his/her physical or emotional condition.

I/We understand that, in the event of a medical emergency, a teacher, principal or other Japanese School of Toronto Shokokai Inc. employee can authorize medical care. This would only apply when a serious condition exists and the medical practitioner and / or The Japanese School of Toronto Shokokai Inc. have been unable to contact the parent(s)/guardian(s).

I/We authorize The Japanese School of Toronto Shokokai Inc. to provide the above-named student with routine first-aid, in the event of an emergency, to provide, administer, obtain and /or authorize the necessary medical treatment, including the administration of an Epi Pen, until such time as I/we can be reached to authorize further care. It is understood that in the event of a serious medical problem or emergency, every effort will be made to contact the parent(s)/guardian(s). It is understood that this consent shall remain in effect for this school year.

※以下の和訳は同意書の内容の理解を用意するために添付したものであり、原文は英語であることをご承知おきください。

私(私達)の知る限り、私(私達)の子どもの健康状態は良好です。

私(私達)はこの子どもが感染症にさらされたり、身体面または精神面での状況変化が認められた場合には、直ちに補習校の担任教員に通知することをここに同意いたします。

私(私達)は医療上の緊急事態に際しては、教員、校長、その他補習校職員が医療処置を施す場合があることを了解いたします。しかし、これは深刻な事態により、医師や補習校が両親/保護者に連絡が取れない場合に限りです。

私(私達)は補習校に対し、私(私達)に連絡が取れ、それ以後の治療介護が得られるまでの間に表記の児童生徒に対し、緊急事態にあつては通常の救急手当てや応急処置をとること、EpiPen の使用を含む必要な医療処置を施すことを許可します。深刻な医療上の問題発生、また、緊急事態に際しては、両親/保護者と連絡をとることに最大限の努力を払うものいたします。本同意書は本年度一年間について有効であるといたします。

保護者氏名: \_\_\_\_\_

保護者署名: \_\_\_\_\_ 年 月 日

【注】 児童生徒の健康状態についての説明に、もっと紙面が必要でしたら適宜別紙に記入し添付してください。

調査作成にご協力ありがとうございました。ご記入いただいたこのフォームは、学級担任までご提出ください。