MEDICAL CONSENT FORM

医療についての同意書 ＊全て英語でお答えください

Child's name:	お子様の名前をご記入ください。
Child's date of birth:	お子様の生年月日をご記入ください。
Parent/Guardian name:	保護者様の名前をご記入ください。
Relationship to child:	お子様とのご関係をご記入ください。
Parent/Guardian contact number in Hawaii:	保護者様のハワイで繋がるご連絡先をご記入ください。 Local #: LINE ID: WhatsApp: KakaoTalk:
Does the child have any allergies?	☐YES Please list allergies: アレルギーがある場合、詳細をご記入ください。 ☐NO
Please list any medication the child is currently taking:	お子様が現在、服用している薬があればご記入ください。
If any, please describe the child's behavioral, learning, or mental conditions:	環境変化等で起こり得るお子様の精神状態や特別な行動があればご記入ください。
Child's health insurance coverage:	加入されている保険名をご記入ください。
Child is enrolled at Hawaii Palms English School from:	例： From: 受講期間をご記入下さい To:

I hereby give consent for the child listed above to receive all medical and/or surgical treatment, including the administration of anesthesia, in the event of an emergency, accident, injury or sickness as determined by a physician. I give authorization for treatment to all medical personnel, including licensed physicians, nurses, technicians, emergency responders, and other medical personnel.

私は、上記の子供が事故、怪我または病気の場合に、医師が決定した麻酔の投与を含むすべての医学的、又は外科的治療を受けることに同意します。また、認可された医師、看護師、専門家、救急隊員、および他の医療関係者を含む全ての医療関係者による治療を許可します。

Parent/Guardian Name:	保護者様のお名前をご記入ください。
Relationship to Child:	お子様とのご関係をご記入ください。
Parent/Guardian Signature:	保護者様のサインをご記入ください。
Date:	ご記入された日付をご記入ください。