

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



お子様の名前	Child's name
お子様の生年月日	Child's date of birth
保護者様の名前:	Parent/Guardian name
お子様とのご関係:	Relationship to child
保護者様の現地ハワイで必ず繋がるご連絡先:	Parent/Guardian contact number in Hawaii Phone #: LINE ID: WhatsApp: KakaoTalk:
アレルギーをお持ちですか? ある場合、詳細をご記入ください。	<input type="checkbox"/> YES Please list allergies: Does the child have any allergies? <input type="checkbox"/> NO
お子様が現在、服用している薬があればご記入ください。	Please list any medication the child is currently taking
環境変化で起こり得るお子様の状態や特別な行動があればご記入ください。	If any, please describe the child's behavioral, learning, or mental conditions:
加入している（される予定）の海外旅行保険名	Child's health insurance coverage:
受講期間 Child is enrolled at Hawaii Palms from:	From: _____ 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。

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