

## 緊急治療について

学校では、園児・児童・生徒の健康管理について、次のように対処します。つきましては、保護者の皆様のご協力と承諾をお願いします。

- (1) 学校で発病・怪我をした場合は、家庭へすぐ連絡をしますので、連絡がすみやかにとれる電話番号を、「園児・児童・生徒資料」もしくは下欄の「緊急治療処理承諾書」に記入してください。
- (2) 症状が軽い場合は、一時休養後、様子を見て学習を継続させます。
- (3) 緊急と判断した場合は、最寄りの医療機関に治療を依頼します。その際、保護者の承諾が必要になりますので、下の「緊急治療処理承諾書」に必要事項を記入の上、学校へ提出するようお願いいたします。緊急に保護者と連絡がつかない場合は、学校の判断及び処理で対応します。
- (4) 現地の医療機関へは、裏面の承諾書を持参しなければなりません。英語で記入の上、提出期限内に提出してください（記入の仕方については、下を参考にしてください）。提出期限は、この用紙をもらってから2週間以内とします。未記入の部分は、わかり次第直接養護教員に連絡してください。
- (5) この承諾書の有効期限は、記入日から1年間ですが、有効期間内であっても新年度（4月）には、あらためて提出して頂きます。
- (6) この書類につきましては、学校における園児・児童・生徒の健康安全管理上、関係者（担任・教科担任・養護担当・事務担当・教務主任・教頭・校長等）が確認することがあります。

### 緊急治療処理承諾書

シアトル日本語補習学校長 殿

\_\_\_\_\_ [(幼・小・中・高) \_\_\_\_\_ 年 組] の緊急処理に関して、  
(園児・児童・生徒氏名)

学校の処置に従うことを承諾します。

(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_

土曜日の保護者の連絡先電話番号 ① \_\_\_\_\_ (自宅・職場・携帯)

※必ず確実に連絡できる ② \_\_\_\_\_ (自宅・職場・携帯)

ようにお願いします。 ③ \_\_\_\_\_ (自宅・職場・携帯)

上記に連絡がつかない場合の連絡先 \_\_\_\_\_

**\*425-283-9534** は、保健室からの電話なので、必ず出るようにお願いします。

医師に説明するときに参考になる場合もありますので、特記事項がありましたらご記入ください。（日本語で結構です。）

#### 裏面の記入の仕方

- |                                  |                           |
|----------------------------------|---------------------------|
| ① 園児・児童・生徒の生年月日（例；April 2, 2005） | ⑩ 自宅の住所                   |
| ② アレルギー症（ない場合は、N/A と記入する）        | ⑪ 自宅の電話番号                 |
| ③ 持病（ない場合は、N/A と記入する）            | ⑫ 医療保険会社名と契約番号            |
| ④ 常時服用している薬（ない場合は、N/A）           | ⑬ 園児・児童・生徒の氏名             |
| ⑤ 最後に実施した破傷風予防注射の年月日             | ⑭ 書面の内容を承諾した時の日付と時刻       |
| ⑥ 園児・児童・生徒の主治医名                  | ⑮ 父親のサイン                  |
| ⑦ 上記主治医の電話番号                     | ⑯ 立会人名（いない場合は、N/A と記入する）  |
| ⑧ 母親の職場の電話番号                     | ⑰ 母親のサイン                  |
| ⑨ 父親の職場の電話番号                     | ⑱ 後見人のサイン（いない場合は、N/A と記入） |