

(様式 P-5)

## 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。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)

ようお願いします。 ③ \_\_\_\_\_ (自宅・職場・携帯)

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

医師に説明するとき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) |

*Information on child*

- ① Birthday
- ② Allergies
- ③ Chronic illnesses
- ④ Regular medication
- ⑤ Date of last tetanus shot
- ⑥ Child's physician
- ⑦ Physician's phone
- ⑧ Mother's work phone
- ⑨ Father's work phone
- ⑩ Home address
- ⑪ Home phone
- ⑫ Insurance co./Policy no.

CONSENT TO MEDICAL CARE AND  
TREATMENT OF A MINOR

The undersigned authorize all medical,surgical,diagnostic and hospital procedures as may be performed or prescribed by a treating physician of the hospital for

⑬ \_\_\_\_\_  
*(child's name)*

if we cannot be reached in the case of any emergency.  
 Our consent includes, but is not limited to, administration of necessary anesthetics, medical treatment, tests, X-ray examination, transfusions, injections,or drugs and the performing of whatever operations may be deemed necessary or advisable. Further, consent is granted to any such physician to exercise his/her discretion in authorizing the disposal of any severed tissue or members. It is understood this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment, or hospital care being required. This authorization shall remain in effect until revoked in writing by the undersigned, with notice to the treating physician and hospital, or until the undersigned void their signatures hereon.

⑭ \_\_\_\_\_ ⑮ \_\_\_\_\_  
*Date Time(a.m./p.m.)* *Signature of father*

⑯ \_\_\_\_\_ ⑰ \_\_\_\_\_  
*Witness* *Signature of mother*

⑱ \_\_\_\_\_  
*Signature of legal guardian*