

# Hawaii Seminar School Medical Form

(ハワイゼミナールスクールへの医療書式)

1. **I authorize Hawaii Seminar to take my child (children) to a physician/hospital chosen by Hawaii Seminar in its discretion when none of us can be reached.**

子供が病気になったり、怪我をした時に私たちに連絡が取れない場合は、私はハワイゼミナールが選択した医療機関へ治療を受けるために子供を連れていくことを許可します。

2. **In case of Emergency, and we cannot be contacted, Please Call:**

緊急の場合私達に連絡が取れない時は、下記の人に電話をして下さい：

**Name:** \_\_\_\_\_ **Relationship to child:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
名前： \_\_\_\_\_ 子供との関係： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

3. **Medical Insurance:**

健康医療保険：

**Name of Insurance:** \_\_\_\_\_ **Insurance Number:** \_\_\_\_\_  
加入保険会社名： \_\_\_\_\_ 保険証書番号： \_\_\_\_\_

4. **Family Physician's Name:**

ファミリー・ドクターの名前： \_\_\_\_\_

**Phone Number:**

電話番号： \_\_\_\_\_

5. **I agree to inform Hawaii Seminar School in writing of any special medical instructions regarding my child. I understand that Hawaii Seminar School is not responsible for conditions if it is not made aware of in writing.**

もし子供に健康に関して特別医療状態があれば必ずハワイゼミナールに文書にて報告します。もし文書で報告しなかった場合はハワイゼミナールには責任がない事を承知します。

**Special Medical Conditions: (allergies, special diet, medication, etc.)**

特別健康・医療状態（アレルギー、特別食事医療、処方箋等）：

\_\_\_\_\_

**I HEREBY AFFIRM THE ABOVE STATEMENT TO BE TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I CERTIFY TO HAWAII SEMINAR SCHOOL THAT I HAVE THE AUTHORIZATION TO SIGN THIS MEDICAL FORM.**

私は、ここに上記事項を理解し、全て正確な情報であることを確約し、私はハワイゼミナールに委任しこの医療書式にサインします。

**Signature of Father/Guardian:**

父親／保護者の署名： \_\_\_\_\_

**Date:**

年月日： \_\_\_\_\_

**Signature of Mother/Guardian:**

母親／保護者の署名： \_\_\_\_\_

**Date:**

年月日： \_\_\_\_\_