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
	Parent/Guardian contact number in Hawaii
保護者様のハワイで繋がる	Local #: LINE ID:
ご連絡先: アレルギーをお持ちですか?	WhatsApp: KakaoTalk:
	YES Please list allergies: Does the child have any allergies?
ある場合、詳細をご記入ください。	□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:
加入されている保険名	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: