



Marist Brothers International School Summer School Student Health Form

Family Name (氏)	Given Name (名)	DOB (YY/MM/DD) 誕生日 (年/月/日)	Sex M/F 性別 (男・女)
Mother's Daytime Contact Phone # 母親の日中の連絡先	Father's Daytime Contact Phone # 父親の日中の連絡先	Name and Phone # of someone to contact in the event both Mother and Father are unreachable ・両親が不在の時の連絡先	

A. ALLERGIES & HYPERSENSITIVITIES ・アレルギー体質 & 過敏反応

Allergies & Hypersensitivities アレルギー体質 過敏反応	Yes ある ・ No ない	Hypersensitive or allergic to: 何に:	Reaction: どのようになった:	Health condition	Yes・No	Age
		Medication 薬: _____ Vaccine 予防接種: _____ Food 食事: _____ Others その他: _____	Age of the incident: 何歳のとき: _____	Asthma 喘息	Y N	
				Atopic Dermatitis アトピー	Y N	
				Allergic Rhinitis 鼻炎	Y N	
				Hay Fever 花粉症	Y N	

B. MEDICAL CONDITIONS & MEDICATIONS ・現在の健康状態/現在のんでいる処方薬・市販薬

Provide any health or medical conditions the school should monitor including, but not limited to, asthma, allergies, diabetes, epilepsy and heart disease. Inform the school of all prescribed and over-the-counter medications your child will take during school hours, if any.
もし貴方のお子様が必要な病状にかかっていたり、処方薬及び市販薬を学校で飲む必要がある場合は下記記入欄に出来るだけ詳しく、正確な情報を記入してもらうことが重要です。家庭からの連絡・特に学校に気を付けてほしい身体の事などもあればご記入ください。

Health/Medical conditions: _____

Prescribed/Over-the-counter medications taken (if any): _____

Physical limitations (if any): _____

C. MEDICATION PERMISSION ・投薬許可

The following over-the-counter medications may be given to my child in case I cannot be reached by phone or in an emergency. Please "√" medications you allow the school nurse to administer to your child. 連絡の取れない場合又は緊急事以下の薬を投薬する事に同意します。

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acetaminophen
非アスピリン小児用パファリン | <input type="checkbox"/> Aspirin ・アスピリン ・大人用パファリン | <input type="checkbox"/> Topical ointments ・かゆみ止め ・外傷治療薬など |
| <input type="checkbox"/> Antacid ・胃腸薬 ・ピオフェルミン ・正露丸 | <input type="checkbox"/> Cold medicine ・総合風邪薬 ・子供かぜ薬 | <input type="checkbox"/> Give NO medication to my child until I am contacted first ・保護者と連絡が取れるまで薬を投与しないで下さい。 |
| <input type="checkbox"/> Ibuprofen 非ステロイド性抗炎症薬 | <input type="checkbox"/> Antihistamine ・抗アレルギー剤 | |

D. PERMISSION GRANTED TO SCHOOL ・学校との承諾書

Please circle YES or NO to guide the school regarding the issue of medical emergencies. 以下で該当する方に○をつけてください。

In the event where emergency medical treatment is required and where either the parents/guardians are not able to be contacted or there is no time to contact parents/guardians prior to treatment, I authorize the school to seek emergency medical treatment for my child. 緊急に医療行為が必要と判断され、保護者に連絡がとれない場合は、学校にその対応を一任します。

YES NO

Parent/Guardian's Signature 保護者署名

Date (MM/DD/YYYY) 日付 (年/月/日)