THE NEW JERSEY JAPANESE SCHOOL EMERGENCY HEALTH AND ACCIDENT FORM

			<日本語記入見本>		
ID#					
Last Name	姓	First_ 名	Initial	Date of Birth (Mo/Day/Y	ear) <u>生年月日</u>
Address	住所	City <u>市町村</u>	Zip <u>郵便番号</u>	School 学校名	
		Home	Telephone (自宅電	Grade <u>学年</u>	
話)				Teacher/H.R. 担任教師名	Z
To Parent or (保護者様へ:急)	Guardian: To serve your chi なケガや病気のときのために、下i Name	ld in case of accident or sudde 記に緊急用連絡先のご記入をお願いし	n illness, it is necessary that yo ます。 Address	ou give the following informati	
Mathau/		Hama di		Hama A	Telephone
Mother/	保護者(母) rdian	Home <u>自</u> Work 勤彩		Horne 日 Cell 携帯	宅電話番号 電話番号
Father	保護者(父)	Home 自:	*///		宅電話番号
	体受任 (人)	Work 勤務		Cell 携帯	
	養者と連絡が取れなかったと 目の氏名			をお願いします。 D氏名	ached:
Address Work/ 勤務	s		 Address Work/ 勤務先住	inf.	
Telephone:		Coll			Cell
	Tionie 」児童生徒との関係	Cell	Relationshin 児	16 童生徒との関係	Celi
IJ 日本人学校	交に在学している兄弟姉		anese School Dお名前をご記入ください。 guardian, address or telephon		
IJ 日本人学校]Please check Does this ch この児童・生 Yes 社い	交に在学している兄弟姉 this box if there has be mild have any health ins 主徒は保険(メディケイ If Yes, name of insurance	族がいる場合は、お子様の en a name change of parent/g surance including NJ Fan ドを含む)に加入していまっ company <u>保険会社の名前</u>	つお名前をご記入ください。 guardian, address or telephon nilyCare/Medicaid, Medic すか?それはプライベート	e number. care, private or other? 保険、または別の保険で	すか?
IJ日本人学校 □Please check Does this ch この児童・生	交に在学している兄弟姉 this box if there has be hild have any health ins 生徒は保険(メディケイ If Yes, name of insurance NJ FamilyCare provides fr	族がいる場合は、お子様の en a name change of parent/g surance including NJ Fan ドを含む)に加入していまっ company <u>保険会社の名前</u>	のお名前をご記入ください。 guardian, address or telephon nilyCare/Medicaid, Medic すか?それはプライベート efor uninsured children and cert	e number. care, private or other? 保険、または別の保険で	すか?
IJ日本人学校 □Please check Does this ch この児童・生 Yes社い	交に在学している兄弟姉 this box if there has be mild have any health ins 主徒は保険(メディケイ If Yes, name of insurance NJ FamilyCare provides fr For more information call	族がいる場合は、お子様のen a name change of parent/gen and change of low cost health insurance soo-701-0710 or visit www.njfa	のお名前をご記入ください。 guardian, address or telephon nilyCare/Medicaid, Medic すか?それはプライベート efor uninsured children and cert	e number. care, private or other? 保険、または別の保険で ain low income parents.	すか?
NJ 日本人学校 IPlease check Does this ch この児童・生 Yes 社い	交に在学している兄弟姉 this box if there has be mild have any health ins 主徒は保険(メディケイ If Yes, name of insurance NJ FamilyCare provides fr For more information call	i妹がいる場合は、お子様のen a name change of parent/gen and change of parent/gen and address to the NJ Family and Add	のお名前をご記入ください。 guardian, address or telephon nilyCare/Medicaid, Medic すか?それはプライベート e for uninsured children and cert amilycare.org to apply online.	e number. care, private or other? 保険、または別の保険で ain low income parents.	すか?
J 日本人学村 Please check Does this ch この児童・生 Yes 社い No いいえ	交に在学している兄弟姉 this box if there has be tild have any health ins 主徒は保険(メディケイ If Yes, name of insurance NJ FamilyCare provides fi For more information call You may release my nam Signature: サイン Written consent required dical/surgical care your	ikkがいる場合は、お子様のen a name change of parent/gen and local change of low cost health insurance and address to the NJ Family Printed Name	p お名前をご記入ください。 guardian,address or telephon mily Care/Medicaid,Medic すか?それはプライベート e for uninsured children and cert amily care.org to apply online. y Care Program to contact me a ne: 名前を英語で 32g (b)(1) and 34 C.F.R. 99.	e number. care, private or other? 保険、または別の保険で ain low income parents. about health insurance. Date: 日付	すか?
J 日本人学村 Please check Does this ch この児童・生 Yes 社い No いいえ List any med 過去一年間に	交に在学している兄弟姉 this box if there has be tild have any health ins 主徒は保険(メディケイ If Yes, name of insurance NJ FamilyCare provides fi For more information call You may release my nam Signature: サイン Written consent required dical/surgical care your	i妹がいる場合は、お子様のen a name change of parent/gen and company 保険会社の名前 ree or low cost health insurance 800-701-0710 or visit www.njfate and address to the NJ Family Printed Name of pursuant to 20 U.S.C. § 12 or child has received durinがありましたら、ご記入く日付	p お名前をご記入ください。 guardian,address or telephon mily Care/Medicaid,Medic すか?それはプライベート e for uninsured children and cert amily care.org to apply online. y Care Program to contact me a ne: 名前を英語で 32g (b)(1) and 34 C.F.R. 99.	e number. eare, private or other? 保険、または別の保険でー ain low income parents. about health insurance. Date: 日付 30 (b).	すか?
以日本人学校 Does this ch この児童・生 Yes 社い No いいえ List any med 過去一年間に De	交に在学している兄弟姉 this box if there has be aild have any health ins 主徒は保険(メディケイ If Yes, name of insurance NJ FamilyCare provides fi For more information call You may release my nam Signature: サイン Written consent required dical/surgical care your 受けた医療処置や手術 ntal Exam 歯科検診	ik がいる場合は、お子様のen a name change of parent/gen and company 保険会社の名前 ree or low cost health insurance 800-701-0710 or visit www.njfate and address to the NJ Family Printed Name and pursuant to 20 U.S.C. § 12 rechild has received durin がありましたら、ご記入く日付 date	pお名前をご記入ください。 guardian, address or telephon milyCare/Medicaid, Medic すか?それはプライベート e for uninsured children and cert amilycare.org to apply online. yCare Program to contact me a ne: 名前を英語で 132g (b)(1) and 34 C.F.R. 99. ng the past year:	e number. eare, private or other? 保険、または別の保険で ain low income parents. about health insurance. Date: 日付 30 (b).	すか?
J 日本人学校 Please check Does this ch この児童・生 Yes 社い No いいえ List any med 過去一年間に De	交に在学している兄弟姉 this box if there has be aild have any health ins 主徒は保険(メディケイ If Yes, name of insurance NJ FamilyCare provides fi For more information call You may release my nam Signature: サイン Written consent required dical/surgical care your 受けた医療処置や手術	i妹がいる場合は、お子様のen a name change of parent/gen and company 保険会社の名前 ree or low cost health insurance 800-701-0710 or visit www.njfate and address to the NJ Family Printed Name of pursuant to 20 U.S.C. § 12 or child has received durinがありましたら、ご記入く日付	pお名前をご記入ください。 guardian, address or telephon milyCare/Medicaid, Medic すか?それはプライベート e for uninsured children and cert amilycare.org to apply online. yCare Program to contact me a ne: 名前を英語で 132g (b)(1) and 34 C.F.R. 99. ng the past year:	e number. eare, private or other? 保険、または別の保険でー ain low income parents. about health insurance. Date: 日付 30 (b).	すか?
IJ 日本人学村 Please check Does this ch この児童・生 Yes 社い No いいえ List any med 過去一年間に De	交に在学している兄弟姉athis box if there has be mild have any health ins 主徒は保険(メディケイ If Yes, name of insurance NJ FamilyCare provides from more information call You may release my nam Signature: サイン Written consent required はには Surgical care your 受けた医療処置や手術 ntal Exam 歯科検診 e Exam 眼科検診	ik がいる場合は、お子様のen a name change of parent/gen and company 保険会社の名前 rece or low cost health insurance 800-701-0710 or visit www.njfale and address to the NJ Family Printed Name and pursuant to 20 U.S.C. § 12 rechild has received durin がありましたら、ご記入く日付 date	pak名前をご記入ください。 guardian, address or telephon milyCare/Medicaid, Medic すか?それはプライベート e for uninsured children and cert amilycare.org to apply online. yCare Program to contact me a ne: 名前を英語で a32g (b)(1) and 34 C.F.R. 99. ng the past year: はださい。 塩工器 コンタク contacts	e number. e number. eare, private or other? 保険、または別の保険で ain low income parents. about health insurance. Date: 日付 30 (b).	すか?
J 日本人学村 Please check Does this ch この児童・生 Yes 社い No いいえ List any med 過去一年間に De Eye	交に在学している兄弟姉 this box if there has be tild have any health ins 主徒は保険(メディケイ If Yes, name of insurance NJ FamilyCare provides fi For more information call You may release my nam Signature: サイン Written consent required dical/surgical care your 受けた医療処置や手術 ntal Exam 歯科検診 e Exam 眼科検診	ikkがいる場合は、お子様のen a name change of parent/gen and company 保険会社の名前 rece or low cost health insurance 800-701-0710 or visit www.njfale and address to the NJ Family Printed Name de pursuant to 20 U.S.C. § 12 rechild has received durin がありましたら、ご記入く日付 date 日付 date	pak名前をご記入ください。 guardian, address or telephon milyCare/Medicaid, Medic すか?それはプライベート efor uninsured children and cert amilycare.org to apply online. yCare Program to contact me a ne: 名前を英語で 132g (b)(1) and 34 C.F.R. 99. ng the past year: はださい。 暦正器 コンタク	e number. eare, private or other? 保険、または別の保険で ain low income parents. about health insurance. Date: 日付 30 (b). Braces トレンズ 眼鏡 glasses medications	すか?
以日本人学村 Please check Does this ch この児童・生 Yes 社い No いいえ List any med 過去一年間に De Eye	交に在学している兄弟姉athis box if there has be mild have any health ins 主徒は保険(メディケイ If Yes, name of insurance NJ FamilyCare provides from more information call You may release my nam Signature: サイン Written consent required はには Surgical care your 受けた医療処置や手術 ntal Exam 歯科検診 e Exam 眼科検診	ikkがいる場合は、お子様のen a name change of parent/gen and company 保険会社の名前 rece or low cost health insurance 800-701-0710 or visit www.njfale and address to the NJ Family Printed Name de pursuant to 20 U.S.C. § 12 rechild has received durin がありましたら、ご記入く日付 date 日付 date	pak名前をご記入ください。 guardian, address or telephon milyCare/Medicaid, Medic すか?それはプライベート efor uninsured children and cert amilycare.org to apply online. yCare Program to contact me a ne: 名前を英語で 132g (b)(1) and 34 C.F.R. 99. ng the past year: はださい。 本語と表記 コンタク contacts 薬の名前	e number. eare, private or other? 保険、または別の保険で- ain low income parents. about health insurance. Date: 日付 30 (b).	すか?
NJ 日本人学村 Please check Does this ch この児童・生 Yes 社い No いいえ List any med 過去一年間に De Eye Alle	交に在学している兄弟姉 this box if there has be tild have any health ins 主徒は保険(メディケイ If Yes, name of insurance NJ FamilyCare provides fi For more information call You may release my nam Signature: サイン Written consent required dical/surgical care your 受けた医療処置や手術 ntal Exam 歯科検診 e Exam 眼科検診	ikkがいる場合は、お子様のen a name change of parent/gen and company 保険会社の名前 rece or low cost health insurance 800-701-0710 or visit www.njfale and address to the NJ Family Printed Name de pursuant to 20 U.S.C. § 12 rechild has received durin がありましたら、ご記入く日付 date 日付 date	pak名前をご記入ください。 guardian, address or telephon milyCare/Medicaid, Medic すか?それはプライベート e for uninsured children and cert amilycare.org to apply online. yCare Program to contact me a ne: 名前を英語で a32g (b)(1) and 34 C.F.R. 99. ng the past year: はださい。 塩工器 コンタク contacts	e number. eare, private or other? 保険、または別の保険で ain low income parents. about health insurance. Date: 日付 30 (b). Braces トレンズ 眼鏡 glasses medications	すか?
以日本人学村 Does this ch この児童・生 Yes 社い No いいえ List any med 過去一年間に De Eye Alle	文に在学している兄弟姉a this box if there has be will have any health instance the take take take take take take take tak	ikkがいる場合は、お子様のen a name change of parent/gen and company 保険会社の名前 ree or low cost health insurance 800-701-0710 or visit www.njfane and address to the NJ Family Printed Name and address to the NJ Family Printed Name and pursuant to 20 U.S.C. § 12 rechild has received durin がありましたら、ご記入く日付 date 日付 date 種類 kind ギー反応 心臓病・糖尿病・喘息が	pお名前をご記入ください。 guardian, address or telephon milyCare/Medicaid, Medic すか?それはプライベート e for uninsured children and cert amilycare.org to apply online. yCare Program to contact me a ne: 名前を英語で 132g (b)(1) and 34 C.F.R. 99. ng the past year: はださい。 塩工器 コンタク contacts 薬の名前	e number. eare, private or other? 保険、または別の保険でー ain low income parents. about health insurance. Date: 日付 30 (b).	すか?
J 日本人学校 Please check Does this ch この児童・生 Yes 社い No いいえ List any med 過去一年間に De Eye Alle Medi Hea	交に在学している兄弟姉a this box if there has be mild have any health instaction the provides for more information call you may release my name Signature: サイン Written consent required dical/surgical care your で受けた医療処置や手術で ntal Exam 歯科検診 e Exam 眼科検診 ergy アレルギー ergic Reaction アレル icatopns alth History 既往症	ikkがいる場合は、お子様のen a name change of parent/gen and change and address to the NJ Family Printed Name and address to the NJ Family Printed Name and address to the NJ Family Printed Name and pursuant to 20 U.S.C. § 12 or child has received during the parent of the parent	pお名前をご記入ください。 guardian, address or telephon milyCare/Medicaid, Medic すか?それはプライベート e for uninsured children and cert amilycare.org to apply online. yCare Program to contact me a ne: 名前を英語で 132g (b)(1) and 34 C.F.R. 99. ng the past year: はださい。 塩工器 コンタク contacts 薬の名前	e number. eare, private or other? 保険、または別の保険でー ain low income parents. about health insurance. Date: 日付 30 (b). B braces トレンズ 眼鏡 glasses medications 薬の名前	すか?
NJ 日本人学村 Please check Does this change of the complete of the change o	交に在学している兄弟姉a this box if there has be mild have any health instaction the provides for more information call you may release my name Signature: サイン Written consent required dical/surgical care your で受けた医療処置や手術で ntal Exam 歯科検診 e Exam 眼科検診 ergy アレルギー ergic Reaction アレル icatopns alth History 既往症	ikkがいる場合は、お子様のen a name change of parent/gen and company 保険会社の名前 ree or low cost health insurance 800-701-0710 or visit www.njfane and address to the NJ Family Printed Name and address to the NJ Family Printed Name and pursuant to 20 U.S.C. § 12 rechild has received durin がありましたら、ご記入く日付 date 日付 date 種類 kind ギー反応 心臓病・糖尿病・喘息が	pお名前をご記入ください。 guardian, address or telephon milyCare/Medicaid, Medic すか?それはプライベート e for uninsured children and cert amilycare.org to apply online. yCare Program to contact me a ne: 名前を英語で 132g (b)(1) and 34 C.F.R. 99. ng the past year: はださい。 塩工器 コンタク contacts 薬の名前	e number. eare, private or other? 保険、または別の保険でー ain low income parents. about health insurance. Date: 日付 30 (b).	すか?

I, the undersigned, do hereby authorize officials of The New Jersey Japanese School to contact directly the persons named on this card and ... (以下和訳) 私は、ここに記載されている児童生徒の健康において、緊急の場合、必要な処置を受ける為に学校が直接このカードに記載されている主治医や病院に連絡することを許可する署名をいたします。主治医、またはこのカードに記載されている医療関係者、そして保護者と連絡がそれなかった場合、学校関係者の判断で、この児童生徒の健康上の安全のために必要な処置をすることを許可します。緊急処置や移動のための費用の責任を学校に請求いたしません。

Signature of Parent(s) / Guardian(s) 保護者の署名 Date 日付