

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/Year) 生年月日 _____
 Address 住所 _____ City 市町村 _____ Zip 郵便番号 _____ School 学校名 _____
 Home Telephone (自宅電 _____ Grade 学年 _____
 話) _____ Teacher/H.R. 担任教師名 _____

To Parent or Guardian: To serve your child in case of accident or sudden illness, it is necessary that you give the following information for emergency calls:
 保護者様へ：急なケガや病気のときのために、下記に緊急用連絡先のご記入をお願いします。

Name	Address	Telephone
Mother/ 保護者 (母) <small>Guardian</small>	Home 自宅住所 _____ Work 勤務先住所 _____	Home 自宅電話番号 _____ Cell 携帯電話番号 _____
Father 保護者 (父)	Home 自宅住所 _____ Work 勤務先住所 _____	Home 自宅電話番号 _____ Cell 携帯電話番号 _____

List two neighbors or nearby relatives who will assume temporary care of your child if you cannot be reached:
 緊急時に保護者と連絡が取れなかったときのために、親戚・友人・隣人など2名の連絡先のご記入をお願いします。

Name 1人目の氏名 _____ Home/ 自宅住所 _____ <small>Address</small> Work/ 勤務先住所 _____ Telephone: Home _____ Cell _____ Relationship 児童生徒との関係 _____	Name 2人目の氏名 _____ Home/ 自宅住所 _____ <small>Address</small> Work/ 勤務先住所 _____ Telephone: Home _____ Cell _____ Relationship 児童生徒との関係 _____
---	---

Please list other children attending The New Jersey Japanese School
 NJ 日本人学校在学している兄弟姉妹がいる場合は、お子様のお名前をご記入ください。
 Please check this box if there has been a name change of parent/guardian, address or telephone number.

Does this child have any health insurance including NJ FamilyCare/Medicaid, Medicare, private or other?
 この児童・生徒は保険(メディケイドを含む)に加入していますか?それはプライベート保険、または別の保険ですか?

Yes はい If Yes, name of insurance company 保険会社の名前 _____
No いいえ NJ FamilyCare provides free or low cost health insurance for uninsured children and certain low income parents.
 For more information call 800-701-0710 or visit www.njfamilycare.org to apply online.
 You may release my name and address to the NJ FamilyCare Program to contact me about health insurance.

Signature: サイン _____ **Printed Name: 名前を英語で** _____ **Date: 日付** _____
Written consent required pursuant to 20 U.S.C. § 1232g (b)(1) and 34 C.F.R. 99.30 (b).

List any medical/surgical care your child has received during the past year:
 過去一年間に受けた医療処置や手術がありましたら、ご記入ください。

Dental Exam 歯科検診 _____ 日付 _____ <small>date</small>	矯正器具 _____ <small>braces</small>
Eye Exam 眼科検診 _____ 日付 _____ <small>date</small>	コンタクトレンズ _____ 眼鏡 _____ <small>contacts glasses</small>
Allergy アレルギー _____ 種類 _____ <small>kind</small>	薬の名前 _____ <small>medications</small>
Allergic Reaction アレルギー反応 _____ <small>medications</small>	薬の名前 _____ <small>date</small>
Health History 既往症 心臓病・糖尿病・喘息など _____ <small>History</small>	薬の名前 _____ <small>medications</small>

Doctor 主治医の名前 _____ Telephone _____
 Dentist 歯医者の名前 _____ Telephone _____
 Hospital 病院名 _____ Address 病院の住所 _____ Telephone _____

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 _____