

**ROBERT D. EDGREN HIGH SCHOOL  
AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE OF DEPENDENT**

In the event my dependent (full legal name) \_\_\_\_\_ is injured or becomes ill and needs medical examination or care, while under the supervision of a Department of Defense Dependents School (DoDDS) employee or while participating in any activity sponsored by a DoDDS Japan District high school (see above), I authorize and release my dependent to care by any U.S. military medical treatment facility, or if none available, by the closest civilian hospital that can provide the required medical care.

DoDDS representatives will use all diligent and reasonable efforts to contact the dependent's legal guardians prior to emergency treatment. If the DoDDS representative and or the military medical treatment facility cannot contact the sponsor or sponsor's spouse after reasonable efforts, I hereby authorize and release the attending physician and/or any other qualified medical personnel to examine my dependent and initiate care for my dependent if necessary. I authorize any emergency care deemed necessary by the attending physician and/or qualified medical personnel for treatment of injuries or illness involving immediate danger of life or limb or possible permanent injury to my dependent. I also authorize non-emergency care as necessary (i.e., suturing lacerations, splinting sprains, casting uncomplicated fractures, treating colds, allergies and minor gastrointestinal illnesses).

**DEPENDENT-STUDENT INFORMATION**

**COMPLETED BY PARENT-SPONSOR AND REVIEWED BY SCHOOL NURSE**

Full Legal Name: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Gender:  Male  Female Age: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Passport # and Country: \_\_\_\_\_ Issue Date: \_\_\_\_\_ Exp. Date: \_\_\_\_\_

Student Cell Phone Number: \_\_\_\_\_

Student has the following medical problems: \_\_\_\_\_

Student is allergic to the following: \_\_\_\_\_

Student is currently taking the following medications: \_\_\_\_\_

Date of last Tetanus Booster: \_\_\_\_\_ Date/Location of Sports Physical: \_\_\_\_\_

**PARENT-SPONSOR EMERGENCY CONTACT INFORMATION (COMPLETED BY PARENT-SPONSOR)**

Full Legal Name: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_

Home Telephone: \_\_\_\_\_ Duty Telephone: \_\_\_\_\_

Cell Phone: \_\_\_\_\_ Spouse Contact Telephone: \_\_\_\_\_

Alternate Emergency Contact (if sponsor unavailable) Name: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

**DoDDS INFORMATION**

All DoDDS Activity Sponsors, DoDDS Activity Chaperones and DoDDS personnel are authorized to make medical care decisions regarding emergency and non-emergency medical care of my dependent. They are responsible for the physical health of my dependent and are authorized to represent me and approve medical treatment. It is my understanding that the DoDDS representative will carry a copy of this authorization letter at practices, rehearsals, when traveling and at games and other competitions (original kept on file with school nurse).

\_\_\_\_\_  
Sponsor Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Spouse Signature (optional)

\_\_\_\_\_  
Date

# 扶養家族医療委任状

ロバート D. エドグレンハイスクール  
E.J. キングハイスクール  
ナイル C. キニックハイスクール  
M.C. ペリーハイスクール  
横田ハイスクール  
座間アメリカンハイスクール

国防省学校又は保護者の監視下、国防省高等学校（上記）に依る活動に参加中、私の子供\_\_\_\_\_（氏名）が行事の中に怪我又は病気になり医療検査が必要になった場合、私の子供が米軍の医療施設で見てもらうことを、もし米軍の医療施設がないような場合、一番近い医療治療のできる私設の病院に委ねることを承知いたします。

国防省学校の代表者は救急医療を受ける前に法的後見者に連絡を取るべくできる限りのことをし、もし国防省学校の代表者又は軍医療施設が保護者又は保護者の配偶者に適切な限りの手を尽くしても連絡が取れない場合、私はここに私の子供の子供への検査又は必要とする処置を医者、医療行為者に委ねることを了承いたします。私は、身体生命に危険を伴う怪我もしくは病気、又は後遺症の残る怪我への医者、医療行為者による必要とされる緊急治療を了解いたします。又、必要とされる緊急を伴わない治療（例：傷口の縫合、捻挫の固定、単純骨折のギブス、湿布、アレルギーや軽い胃腸疾患）についても了承いたします。

子供の医療情報欄：（保護者により書かれ学校の看護婦により精査される）私の子供は次の医療問題があります。

私の子供は次のアレルギーを持っています： \_\_\_\_\_

私の子供は現在次の医療を受けています： \_\_\_\_\_

最近破傷風予防接種日： \_\_\_\_\_

体力検査 日付/場所 \_\_\_\_\_

緊急時連絡情報欄：（保護者により書かれる）

氏名： \_\_\_\_\_ 社会保障番号 \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

自宅電話番号： \_\_\_\_\_ 職場電話番号： \_\_\_\_\_

携帯電話番号： \_\_\_\_\_ 配偶者職場電話番号： \_\_\_\_\_

緊急時連絡先（保護者不都合の場合）氏名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ 携帯電話番号： \_\_\_\_\_

DoDDS 情報欄：次の者に私の子供の緊急、非緊急時における治療に関する判断を下す権限を与えます。彼らは子供の身体健康に責任を持ち、私に変わって治療の承知をする権限をもちます。

DoDDS の代表は旅行、試合、他の対抗試合のとき、この委任状の写しを練習、公演に際し所持することと理解いたします。（原本は学校看護婦が保管）

保護者署名

日付

配偶者署名（任意）

日付