

扶養家族医療委任状 (Authorization For Medical Care Of Dependent)

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

私は、私の扶養家族である _____ (生徒正式氏名) が、上記の米国防省付属高等学校が主催するいかなる行事活動に参加中、米国防省付属学校の職員の監視の下、怪我をしたり、病気になったりして、医療検査又は治療が必要になった場合、米軍の医療施設で又は、米軍の医療施設がないような場合は最寄りの一般 (文民) 病院施設で、治療を受けることを許可する権限を代理人に委任します。

米国防省付属学校の代表者は救急医療を受けさせる前に、全力を尽くし、上記の扶養家族の法的後見人に連絡をとるものと理解します。しかしながら、適切に全力を尽くしたにもかかわらず、保護者である私にも、私の配偶者にも、連絡が取れないような場合には、その場に付き添う医師、又は医療の資格を有するいかなる医療行為者にたいし、上記の私の扶養家族に必要な医療検査と治療をおこなうことを許可する権限を委任します。緊急に生命や、四肢の危機を伴う程度のもも含む病気や怪我、又は、後遺症の残る怪我に関しても、医師にたいして、又は医療の資格を有するいかなる医療行為者にたいして、必要な全ての救急治療をおこなうことを決定する権限を委任します。さらに、緊急を要さない症状に対しても (例: 裂傷の縫合、捻挫や単純骨折に対する湿布やギブス固定、風邪やアレルギーや軽度の胃腸疾患等にたいする治療等) 必要な治療を許可する権限を同様に委任します。

上記扶養家族の健康に関する情報通信欄 (保護者の方が記入してください。後に、学校の看護婦が再チェックします。):

上記の扶養家族には次のような病気・障害等があります。: _____

上記の扶養家族には次のようなアレルギーがあります。: _____

上記の扶養家族は次のような投薬治療中です。: _____

最後に破傷風予防接種日を受けた年月日: _____

運動を許可する健康診断を受けた年月日・場所: _____

緊急時連絡先 (保護者の方が記入してください。):

保護者正式氏名: _____ 社会保険番号: _____

郵便物配達先住所: _____

自宅電話番号: _____ 職場の電話番号: _____

携帯電話番号: _____ 配偶者職場電話番号: _____

その他の緊急連絡先 (保護者に連絡が取れなかった場合の為): 氏名: _____

電話番号: _____ 携帯電話番号: _____

DoDDS 情報欄: 私は、緊急時、非緊急時のいかなるを問わず、上記の私の扶養家族が治療を受けることを判断し決断する権限を下記の者に与えます。私は、下記の者を信頼し、上記の私の扶養家族の健康管理を一任し、私に代わり、治療を受けさせることを了承する権限を下記の者に委任します。

代理人:

行事主催者: _____ 行事同伴者 (監督者): _____ 行事同伴者 (監督者): _____

学校看護婦: _____ 学校長: _____

私は、遠征試合や、他の競技などの行事で移動する際、練習中やリハーサル中に、DoDDS の代表者がこの委任状の写しを携帯することと理解しています。(原本は学校看護婦が保管することとする。)

保護者署名

日付

配偶者署名 (任意)

日付